선치과
2645 North Berkeley Lake Rd.
NW #A-201
Duluth, GA 30096
470-545-1096

환자정보

이름: _____ 날짜:_____

☐ 남자 ☐ 여자

소셜번호(social security No.): _____ 생년월일:_____

전화번호(직장): _____ext:___ (휴대폰): _____ (집):_____

이메일주소:_____

주소: _____
street Apartment #

_____
City State Zip Code

응급시 전화 가능하신 분 이름:_____ 전화번호:_____

방문하신 이유:_____

다음과 같은 질병을 앓으셨거나 현재 가지고 계신지요? 그렇다면 체크해주세요.

☐ 에이즈(AIDS) or HIV
☐ 알러지 _____
_____
☐ 빈혈
☐ 관절염
☐ 인공관절
☐ 천식
☐ 혈액질병
☐ 암
☐ 당뇨
☐ 간질
☐ 어지러움증

☐ 과다출혈
☐ 심근경색
☐ 녹내장
☐ 비염
☐ 머리손상
☐ 심장내막염
☐ 심장잡음
☐ 심장밸브병
☐ 간염
☐ 고혈압
☐ 황달
☐ 신장병

☐ 간질환
☐ 정신질환
☐ 불안 초조
☐ 심장박동조율기
☐ 임신
출산예정일:_____
☐ 방사선치료
☐ 폐질환
☐ 류마티스성열
☐ 류마티즘
☐ 사이너스(sinus)질환
☐ 위장병

☐ 중풍
☐ 폐결핵
☐ 종양
☐ 궤양
☐ 성병(STD)

다른 질병들:
☐ _____
☐ _____

•예전에 치과 진료에서 문제가 있으셨습니까? ☐예 ☐아니오
그러셨다면 어떤 이유였습니까? _____

• 지난 2년간 질병이나 사고로 응급실로 실려간 적이 있으십니까? ☐예 ☐아니오
그러셨다면 어떤 이유였습니까? _____

• 지금 어떤 질병 때문에 의사의 치료하에 있으십니까? ☐예 ☐아니오
그러시다면 어떤 이유입니까? _____

• 의사이름: _____ 전화번호? _____

- 치과진료 시작 전 현재 건강상 문제를 좀 더 설명하실 필요가 있으십니까? ☐예 ☐아니오
  그러시다면 어떤 이유입니까? _____
- 지금 현재 약을 드시고 계십니까? ☐예 ☐아니오
  약 이름들:_____

지금까지 제공된 정보는 진실됩니다. 건강상의 변화가 있을 때 잊지않고 업데이트할 것을 약속합니다.

_____ 날짜:_____

환자 본인 아니면 보호자 서명

_____ 날짜:_____

의사 서명

어떻게 선치과로 오게 되셨습니까?

☐ 보험회사소개 ☐ 전화번호부 ☐ 우편엽서 ☐ 친구소개 ☐ 직장소개 ☐ 다른 이유 _____

보험 정보

치과 보험을 가지고 계십니까? 예 □ 아니오 □

- 보험 회사 (Insurance Company)_____
  - ○보험 회사 전화번호_____
- 가입자 성명 (Primary Plan Holder/Subscriber)_____
- 가입자 생년월일 (Subscriber's DoB)_____

별도의 치과 보험을 갖고 계십니까? 예 □ 아니오 □

- 보험회사 (Insuance Company)_____
  - ○ 보험 회사 전화번호_____
- 가입자 성명 (Primary Plan Holder/Subscriber)_____
- 가입자 생년월일 (Subscriber's DoB)_____

메디케이드 (Medicaid)를 가지고 계십니까? 예 □ 아니오 □

- 메디케이드 번호 (Medicaid Number)_____

별도의 보험 정보:_____

_____

_____

_____

_____

개인정보 보호 관행 안내서

1996 년에 제정된 건강보험 이전과 책임에 관한 법(Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA)에 따라 귀하는 본인의 의료 정보 및 그 정보를 공유할 수 있는 시점과 관련된 권리를 갖게 됩니다. 또한 필요시 귀하의 의료 서비스 제공자(선치과), 보험사 및 직간접적으로 치료에 관계되는 의사들과 귀하의 의료정보를 사용 또는 공유하도록 허용하는 것입니다. 귀하의 의료정보는 이러한 경우를 제외하고는 어떠한 경우에 있어서도 공개되지 않을 것입니다.

나는 나의 개인건강정보가 법에 따라 보호되며 필요시 제한적인 공개가 이루어져 치료가 원활히 이루어질 수 있도록 협조할 것을 이해하고 약속합니다. 또한 서면으로 치료를 목적으로한 정보공유라 할지라도 그 권리를 제한할 수 있음을 이해했습니다.

환자(보호자) 이름:_____ **Date:**_____

서명:_____ **환자와의 관계:**_____