



신규환자등록양식

날짜: ____ (월) / ____ (일) / ____ (년도)

보다 나은 치료를 위해 아래 사항을 정확하게 작성해 주십시오. 추가적인 의문사항이 있으시면 언제든지 질문해 주시기 바랍니다. 감사합니다.

영문이름/한글이름: _____

생년월일: _____ 남녀성별: 남성 / 여성

주소: _____ CITY _____ ZIP _____

전화번호: () _____ - _____ E-mail : _____

저희 병원을 어떻게 알게 되셨습니까? _____

본 방문이 사고에 의한 것입니까? 예 / 아니오 *사고에 의한 방문이 아니라면 다음 칸으로 넘어가 주십시오.

사고 발생일은 언제입니까? _____

사고 유형은 어떤 것입니까? 아래 선택 사항 중에 체크해 주십시오.
 교통사고 / 직업관련 사고 / 가정내 사고 / 기타 (사고 유형에 대해 기재해 주세요.)

사고가 동반하여 주요 증세가 발생하셨다면, 사고 경위에 대해 상세히 기재해 주시기 바랍니다.

본 클리닉을 방문하시기 전에 교통사고를 당하신 적이 있으십니까? 만약 사고를 겪으셨으면 언제(년도) 입니까? _____

이전에 다른 사고나 개인적인 부상(특히 목이라 머리부분의 부상)을 당하신 적이 있으십니까? 사고 발생은 언제(년도)입니까? _____

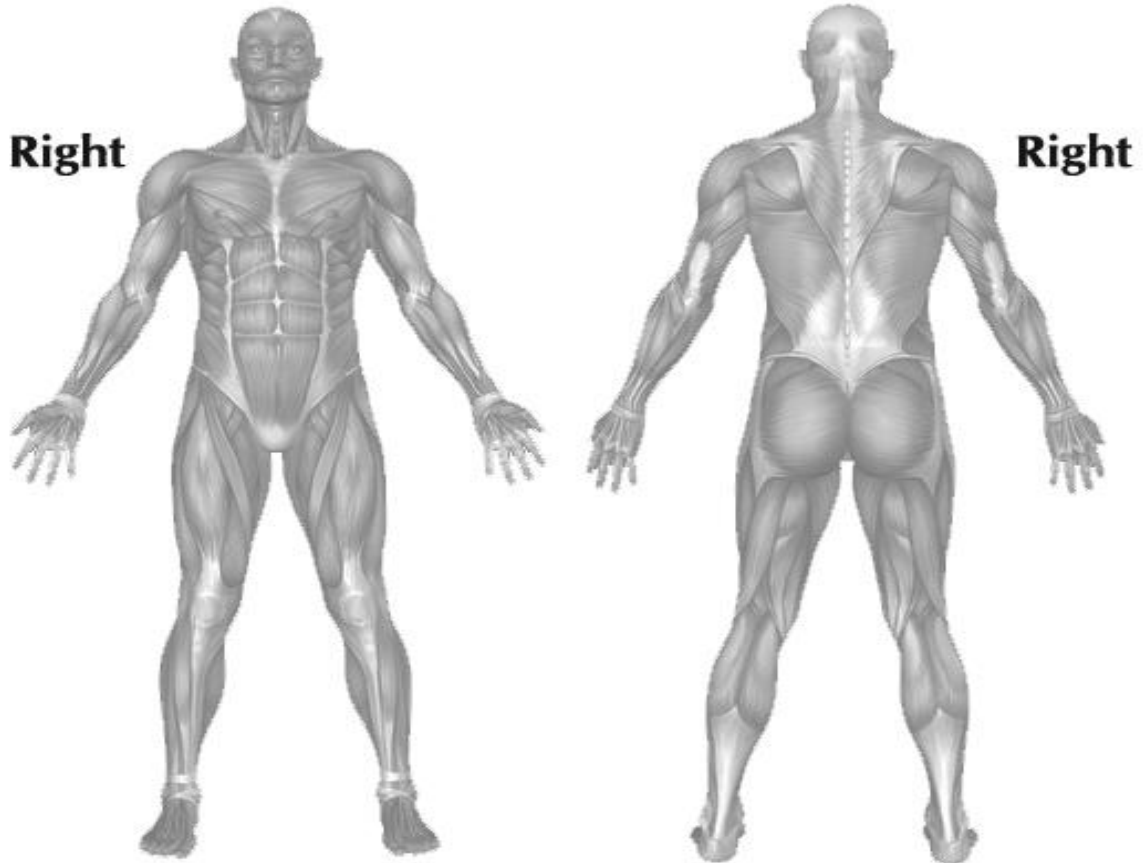
사고 경위에 대해 간략하게 기재해 주십시오.

이전에 카이로프랙틱을 받아 보신적이 있으십니까? 있으시면 방문 당시 주요 증세와 담당의 성함 및 치료기간, 치료 방법과 치료 결과에 만족하셨는지에 대해 설명해 주십시오.

현재 임신 중이십니까? 예 / 아니오



☞ 아래 인체 도표 및 참고에 준비되어 있는 표시들을 사용하셔서 현재 본인의 증세를 해당 부위에 표시해 주시기 바랍니다.



☞ 본 클리닉을 방문하시게 된 주요 증세에 대해 정확히 기재해 주시기 바랍니다. 예) 언제부터, 어디가, 어떤식으로, 어떨 때 가장 불편하며, 등등



의식을 잃고 쓰러지신 적이 있으십니까? 예 / 아니오

당시 상황을 설명해 주십시오. _____

지팡이를 사용하고 계십니까? 예 / 아니오

사용하시는 이유를 설명해 주십시오. _____

골절상을 당하신 적이 있으십니까? 예 / 아니오

당시상황을 설명해 주십시오. _____

수술외 이유로 입원하신 적이 있으십니까? 예 / 아니오

당시상황을 설명해 주십시오. _____

척추관련 치료를 받으신 적이 있으십니까? 예 / 아니오

당시상황을 설명해 주십시오. _____

현재 사용하고 계신 신발에 각종 보조기구를 착용하고 계십니까? 만약 착용하고 계시다면 착용물에 관해 기재해 주십시오.

현재 몸속에 수술등으로 인한 인공 물질이 존재합니까? 만약 있으시면 어떤 것인지 설명해 주십시오

본 치료 지불에 책임이 있으신 분의 영문 및 한글 성함을 기재해 주십시오. 치료 지불 책임이 환자 본인과 다를 경우, 환자분과의 관계 및 거주주소, 전화번호를 기재해 주십시오.

*보험을 지불방식에 적용하고자 하실 경우에는 보유하신 보험카드를 프론트 데스크에 제시해 주십시오.

본인이 위에 기재한 사항들이 사실과 틀림이 없음에 동의합니다.

환자 서명: _____

***알림:** 저희 클리닉의 환자 증세 관련 컨설팅 비용은 \$50 입니다. 환자분이 동의하실 경우 실시하는 검사 비용은 추가 \$50 소요됩니다.



General Consent for Care and Treatment Consent

(PATIENT CONSENT FOR USE AND/OR DISCLOSURE OF CARE AND TREATMENT)

TO CARRY OUT TREATMENT AND HEALTH CARE OPERATIONS

I, _____, hereby state that by signing this Consent, I acknowledge and agree as follows;

TO THE PATIENT: You have the right, as a patient, to be informed about your condition and the recommended chiropractic, medical or diagnostic procedure to be used so that you may make the decision whether or not to undergo any suggested treatment or procedure after knowing the risks and hazards involved. At this point in your care, no specific treatment plan has been recommended. This consent form is simply an effort to obtain your permission to perform the evaluation necessary to identify the appropriate treatment and/or procedure for any identified condition(s).

This consent provides us with your permission to perform reasonable and necessary medical examinations, testing, and treatment. By signing below, you are indicating that (1) you intend that this consent is continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended; and (2) you consent to treatment at this office under common ownership. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. You have the right at any time to discontinue service.

You have the right to discuss the treatment plan with Dr. Baek about the purpose, potential risks and benefits of any test ordered for you. If you have any concerns regarding any test or treatment recommend by your health care provider, we encourage you to ask questions.

I voluntarily request Dr. Baek and other health care providers or the designees as deemed necessary, to perform reasonable and necessary medical examination, testing and treatment for the condition which has brought me to seek care this practice. I understand that if additional testing, invasive or interventional procedures are recommended, I will be asked to read and sign additional consent forms prior to the test(s) or procedure(s).

I have read and understand the foregoing notice, and I understand that if I do not sign this Consent evidencing my consent to the uses and disclosures described to me above and contained in the Privacy Notice, then the Practice will not treat me. All of my questions have been answered to my full satisfaction in a way that I can understand.

_____	_____
Print Name	Signature
_____	_____
Signature of Legal Representative*	Relationship

Date Signed ___ / ___ / ___

Witness: _____

*Attorney-In-Fact, Guardian, Parent if a minor



환자 개인건강정보의 사용 및 공개 동의서

-치료, 지불과 건강관리-

환자, _____, 다음 아래의 사항에 대하여 동의하고 승낙함을 증명함.

아래의 환자의 개인 정보 보호 정책에 대하여 동의합니다.

1. 환자 개인 정보 보호 정책에 따라 환자의 치료, 치료비 지불, 건강증진계획을 위해 의사가 환자의 개인건강정보(Protected Health Information : PHI)를 사용 및 공개할 수 있으며, 의사는 추후 환자의 요구에 따라 개인 정보 보호 정책을 사용 및 공개 또는 보호 할수 있습니다. 환자는 동의서에 서명하기 전 개인 정보 보호 정책에 대한 환자의 권리에 대하여 충분히 읽고 이해하였습니다.
2. 해당 건강 보험 이동성 및 1996년 제정된 책임 법에 따라 의사는 개인 정보 보호 권리의 최선의 이익을 위해 개인 정보 보호 정책의 안내에 따라 개인 정보보호 정책을 변경할 수 있는 권리를 가집니다.
3. 의사는 환자의 치료 및 치료비 지불, 그리고 환자의 특정 건강 관리를 위해 환자의 개인건강정보를 사용 및 공개할수 있습니다. 하지만 환자는의사가 치료, 지불 및 의료 업무를 수행하기 위해 개인건강정보의 사용 및 공개하는 것을 제한하도록 요청할수 있는 권리가 있다는 것을 이해합니다.
4. 그러나 의사가 환자가 요청하는 모든 제한에 동의 할 필요가 없다는 것을 이해합니다. 만약 환자의 개인건강정보(PHI) 사용 제한 요구에 대하여 의사가 동의할 경우, 추후 발생하는 개인건강 정보 사용 제한에 대하여 의사는 준수할 의무가 있습니다.
5. 이 동의서는 7년동안 유효하다는 것을 이해합니다. 더 나아가 환자는 서면으로 언제든지 이 동의서의 철회를 요구할 수 있는 권리를 가지고 있다는 것을 알고 있습니다. 이 동의서의 철회는 의사가 이미 환자에게서 받은 동의 내용의 범위에 적용되지 않는것을 이해하고 있습니다.
6. 만약 이 동의서의 철회가 환자로 부터 요구 된다면, 의사는 환자의 치료를 거부할수 있는 권리를 가지고 있다는 것을 이해합니다.

나는 이 동의서에 대하여 읽고 이해합니다. 위 조항들에서 설명된 환자 개인 정보 보호 정책에 포함된 내용에 대하여 동의하지 않는다면 의사는 환자를 치료할 책임이 없다는 것을 알고 이해합니다. 나의 모든 질문에 대하여 이해 할 수 있는 만족할 만한 대답을 얻었음을 동의 합니다.

_____	_____
환자이름	환자서명

_____	_____
법정대리인서명*	관계

날짜 _____ / _____ / _____ 증인: _____

* 미성년 환자의 경우, 부모님이나 법적인 후견인이 서명하셔야 합니다.



Semihan Chiropractic Clinic, INC

지각, 예약취소, No-Show 규정

지각 - Late Policy

환자가 예약 시간보다 늦을 경우에는 클리닉에 전화를 해서 지금 오고 있는지, 몇분이나 늦을 예정인지 알려주셔야 합니다. 하지만 환자가 예약시간보다 15분이상 늦을 경우에는 진료가 불가능 할 수 있으며 다시 예약을 하셔야 합니다.

If a patient is late for an appointment we ask that you call and let us know you are on your way. However, if you are more than **15 minutes late** you will have to reschedule your appointment.

Cancellation of Appointment(s) / No-Shows

예약 취소를 원할 때는 24시간 전에 전화를 해주셔야 합니다. 24시간전에 예약취소 전화가 없을 경우에는 **\$50**의 벌금이 부과됩니다(보험으로 커버되지 않으며 out of pocket 으로페이하셔야 합니다). 연락없이 세번 이상 no-show 인 환자는 본 클리닉에서 치료를 받지 못할 수도 있습니다.

Patients wanting to cancel an appointment are asked to call the office 24 hours in advance. The charge for not canceling within a 24 hour notice is **\$50.00**, which will be charged to your account and is not payable by any insurance company.

Patients who "No-Show" with no previous notification three times for scheduled appointments may be discharged from the practice.

Informed consent /Agreement:

- 나는 본 크리닉의 Late Policy 에 대하여 고지 받았으며 그 내용을 이해하였습니다.
- 나는 세미한 카이로프랙틱의 No Show/Late Cancellation Policy 에 대하여 고지 받았으며 그 내용을 이해하였습니다.

나는 no-show나 late cancellation 에 대하여 **\$50**의 벌금이 부과되며 그 벌금은 보험으로 커버되지 않는다는 것을 이해하였습니다. 나는 세번 이상의 no-show나 late cancellation 이 발생할 경우 이 클리닉에서 치료를 받지 못 할 수도 있다는 것을 이해합니다.

- I have been informed of and understand the Clinic's late policy.
- I have been informed of and understand the Semihan Chiropractic Clinic INC's No Show/ Late Cancellation Policy. I understand that a no-show or late cancellation will result in a **\$50.00** Charge that is not covered by any insurance. I understand that three consecutive no show or late cancellations may result in dismissal from the Clinic.

Signature of Patient / Guardian: _____ Date: _____



보험 면책 조항

보험 회사는 각 개인의 보험 정책에 따라 치료비를 지불 하게 될 것입니다. 만약 보험 정책이 저희 클리닉에서 에서 제공된 서비스에 적용되지 않는 경우 환자는 보험 회사로부터 지불되지 않는 치료비에 대한 책임이 있습니다.

치료비 결제는 매 치료시마다 지불 하셔야 합니다. 치료비는 세미한 카이로프랙틱 클리닉 앞으로 결제 되게 됩니다.

치료비 미지급 발생시 90 일 후에는 미지급 어음으로 축척 될 것이며, 전체 미지급 잔액에 대한 이자율이 각 달마다 발생하게 될 것입니다. 치료비 미지급 축척 어음이 법적 단계로 가는 경우 법안은 법적 비용으로 인해 비용은 두 배로 발생합니다. 이것은 환자분이 세미한 카이로프랙틱 클리닉으로 치료비 결제가 수립되어 있지 않은 경우에만 적용됩니다.

수취인 계약

보험 회사가 제공된 서비스를 포함하지 않는 경우, 나는 세미한 카이로프랙틱 클리닉에 전액 지불에 대해 전적으로 책임이 있다는 것을 이해하고 동의 합니다.

환자이름

환자서명

날짜

* 환자분의 보험의 상태에 관계없이 환자분의 보험이 저희 클리닉의 보험 체결 네트워크에없는 경우 환자분은 치료비 청구 금액의 치료비 지불에 대한 책임이 있습니다.

* 엑스레이 촬영/검사 및 마사지 치료는 보험에 적용 되지 않을 수 있습니다.