**PAGE 1**

**K. Christopher Oh, M.D.**

**3633 West Lake Avenue, Ste 410**

**Glenview IL 60026**

**Patient Information (다음 페이지에 병원 규정을 읽어주세요 )**

First Name(이름): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M.I.:\_\_\_\_\_\_\_ Last Name(성): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address(주소, Unit#): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell Phone(전화 번호1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Second Phone(전화 번호2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email(이메일): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Birthday(생년월일):\_\_\_\_\_\_\_ Sex(성별):\_\_\_\_\_

Language(언어): ( ) English, ( ) Korean, ( ) Spanish, ( ) Others: \_\_\_\_\_\_\_\_

Marital Status(결혼여부): ( ) Single, ( ) Married, ( ) Divorced, ( ) Separated, ( ) Widowed

Ethnicity(인종): ( ) White, ( ) Asian, ( ) Hispanic, ( ) African American, ( ) American Indian, ( ) Others

**Clinical Information**

**Please list all current medical problems (현재 가지고 계신 건강 문제를 모두 적어주세요)**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Please list all past surgeries (과거에 받으셨던 수술 경험을 모두 적어주세요)**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergies to medications? (약에 대한 알러지가 있으신가요?)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Current Medications 현재 복용 중 이신 약 (please include dose and frequency**):

Name of medication(약 이름) Dose(일회 분량) How many times per day do you take it? (하루에 몇번?)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pharmacy Information (약국 정보)**

Pharmacy Name (약국이름): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pharmacy Address(주소): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PAGE 2**

**\*\*\*오경근 내과 규정 (updated 1/1/2020)\*\*\***

진료비 & 의료 보험:

* 환자는 가입한 보험 회사가 규정한 DEDUCTIBLE, COINSURANCE, 그리고 COPAY를 지불해야합니다.
* 60 일 이상 미납 된 환자는 방문 예약을 하기 전에 먼저 미납금을 지불 하셔야 합니다.
* 진료일로부터 45 일 이내에 보험 회사로부터 지불이 되지 않은 경우, 환자가 잔액을 전액 지불해야합니다. 귀하 또는 귀하의 보험 회사가 부과한 모든 비용을 귀하가 지불해야합니다.
* 저희 오경근 내과가 주소 및 보험 정보를 기재했는지 확인하는 것은 귀하의 책임이니 방문시 꼭 확인 하십시오.
* 완료된 진료에 대해서는 보험 정보를 바꾸거나 추가하여 보험회사에 재청구 할 수 없습니다.

전화 업무, 의약품 처방전 & 의료 검진 지시:

* 일상적인 전화 통화, 전자 메일 및 처방전 리필 요청은 24시간 이내에 처리됩니다.
* 약처방전 은 1년 안에 오피스 방문과 종합 피검사가 있어야만 가능합니다.
* 긴급한 증상이거나 즉시 저희 오피스에서 진단할 수 없는 경우 가장 가까운 응급실이나 예약이 필요 없는 진료소를 안내 할 권리가 있습니다.
* 복잡한 의료 문제의 경우 전화 대신 오피스 방문 예약을 해야 할 수도 있습니다.

사전 승인, REFERRAL & 예약:

* 의료상 꼭 필요한 사전 승인을 위해 저희 오경근 내과는 적절한 시간과 자원을 소요할 것입니다. 다만 특별한 의료 목적이 없이 환자의 선호도나 취향을 따른 의약품, 처방전없이 구입할 수 있는 의약품에 대한 사전 승인은 가능하지 않습니다.
* 예약 취소가 필요하시면 24 시간 전에 연락해 주세요. 24 시간 전에 취소를 안 하시고 3번 이상 예약을 못 지키시면 오경근 내과에 예약이 불가능 합니다.

진단서 & 의료 정보 기록서:

* 특정 형태 (Preop, FMLA, 단기간 장애, 병가, 직장 복귀, 학교 또는 신체 검사 포함)의 서류 작성을 위해서는 저희 오피스 방문이 필요합니다. 최근에 저희 오피스에서 진료를 하신 적이 있더라도, 이전 방문이 특별히 양식상의 의료 문제가 아닌 경우 별도의 방문이 필요할 수 있습니다.

본인은 오피스 규정을 다 읽고 이해했습니다. MEDICARE 및 / 또는 보험 청구를 처리하는 데 필요한 의료 정보의 공개를 승인합니다. 본인은 의사가 제공한 서비스에 대한 지불을 승인합니다. 이 승인은 요금 지불 및 보험 회사가 지불하지 않은 잔액에 대한 책임을 면제하지 않으며 청구서에 대한 지불의 책임은 본인에게 있습니다.

**\*\*\*서명하시기 전 반드시 읽어 주십시오\*\*\***

이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_