

Methodist Charlton Ear, Nose and Throat Associates

REGISTRATION FORM – PLEASE PRINT

환자 정보 (PATIENT INFORMATION)			
성(Last Name) / 이름 (First Name) / Middle Name	생년월일 (DOB: Month/Day/Year) ____/____/____	성별 (Sex) <input type="checkbox"/> 남자 (M) <input type="checkbox"/> 여자 (F)	
보호자 이름 (Name of Guardian)	환자와의 관계 (Relationship) <input type="checkbox"/> 부 (Father) <input type="checkbox"/> 모 (Mother) <input type="checkbox"/> 친척 (Relative) <input type="checkbox"/> 친구 (Friend)		
주소 (Address)	시 (City)	주 (State)	우편번호 (Zip)
전화번호 (Phone)	집 (Home)	직장 (Work)	휴대폰 (Cell)
응급시 연락처 (Emergency Contact Name)	관계 (Relationship)	전화 (Phone)	
이메일주소 (Email Address)	소셜번호 (Social Security Number)	결혼관계 (Marital Status) <input type="checkbox"/> 미혼 (Single) <input type="checkbox"/> 기혼 (Married) <input type="checkbox"/> 이혼 (Divorced) <input type="checkbox"/> 미망인 (Widow)	
직장 이름 / 주소 (Employer Name / Address)		학생시 신분 (Student Status) <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time	
인종 (Race) <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Other (Please Specify: _____)			
집에서 사용하는 언어 (Primary Language Spoken in the Home) <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Other (please define: _____)		참전용사 (Veteran) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 흡연여부 (Smoker) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	



다음 사항을 정확히 기입하여 주십시오.

병원을 방문하신 이유 (Reason to See the Doctor):

지난 21 일동안 미국외 나라를 방문한 적이 있습니까? (Have you traveled outside the United States within the past 21 days?) 네 (Yes) /
아니오 (No) 방문한 나라 (Where):

최근에 미국외 나라를 방문시 아픈 사람과 접촉한 적이 있습니까? (Have you recently been exposed to someone ill who has traveled outside the United States?) 네 (Yes) / 아니오 (No)

열이 101.5 ° F 를 넘어간 적이 있습니까? (Has you had a fever of 101.5 ° F or greater?)
네 (Yes) / 아니오 (No)

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Methodist Charlton Ear, Nose and Throat Associates

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (pg 2/2) – PLEASE PRINT

전체리뷰 (System Review): 최근 3개월동안 겪어 왔던 모든 증상에 대해 체크하세요 (Check any of the following which you have had in the last 3 months)

일반사항 (General)	알레르기 / 면역계통 (Allergies / Immune)	청력계통 (Ears)	신경계 (Neurologic)
<input type="checkbox"/> 열/오한 (Fever/chills)	<input type="checkbox"/> 계절성 알레르기 (Seasonal allergies)	<input type="checkbox"/> 귀 통증(Ear pain)	<input type="checkbox"/> 두통(Headache)
<input type="checkbox"/> 피로 (Fatigue)	<input type="checkbox"/> 만성 알레르기 (Year round Allergies)	<input type="checkbox"/> 귀 먹먹함 (Popping – pressure)	<input type="checkbox"/> 어지럼증(Dizziness)
		<input type="checkbox"/> 이명 (Ringing in ears)	<input type="checkbox"/> 간질(Seizures)
위장계통 (Gastrointestinal)	후각계통 (Nose)	<input type="checkbox"/> 귀 염증 (Ear infections-frequent)	<input type="checkbox"/> 무감각(Numbness or tingling)
<input type="checkbox"/> 속쓰림 (Heartburn)	<input type="checkbox"/> 축농증 (Sinus trouble)	<input type="checkbox"/> 청력 손실 (Hearing loss)	<input type="checkbox"/> (Muscle weakness)
<input type="checkbox"/> 멀미/구토 (Nausea / vomiting)	<input type="checkbox"/> 콧물흘림 (Runny nose)	<input type="checkbox"/> 어지러움 (Dizziness)	<input type="checkbox"/> 기절(Passing out)
<input type="checkbox"/> 식욕감퇴 (Loss of appetite)			
<input type="checkbox"/> 몸무게 감소 (Weight loss)	후두계통 (Throat)	눈계통 (Eyes)	피부계통 (Skin)
<input type="checkbox"/> 삼키기 장애, 연하곤란 (Difficulty swallowing)	<input type="checkbox"/> 후두통증 (Sore throat)	<input type="checkbox"/> 눈 간지러움 (Eye irritation and itching)	<input type="checkbox"/> 두드러기 (Rash / hives)
<input type="checkbox"/> 복통 (Abdominal pain-chronic)	<input type="checkbox"/> 쉼 목소리(Hoarseness)	<input type="checkbox"/> 눈통증 (Eye pain)	<input type="checkbox"/> 아토피성 피부염 (Psoriasis / Eczema)
<input type="checkbox"/> 설사(Diarrhea)		<input type="checkbox"/> 눈병 (Eye infections)	<input type="checkbox"/> 피부반점 (New moles)
<input type="checkbox"/> 혈변 (Bloody or Tarry stools)	호흡계통 (Respiratory)	<input type="checkbox"/> 시력변화 (Vision changes)	
<input type="checkbox"/> 황달(Jaundice)	<input type="checkbox"/> 기침 (Cough)		심장계 (Cardiac)
<input type="checkbox"/> 간염(Hepatitis)	<input type="checkbox"/> 숨가쁨 (Shortness of breath)	혈액계통(Hematology)	<input type="checkbox"/> 가슴통증 (Chest pain)
<input type="checkbox"/> 대장계실(Diverticulosis)	<input type="checkbox"/> 천식 (Asthma / wheezing)	<input type="checkbox"/> 멍 (Bruising)	<input type="checkbox"/> 발목 부종 (Swollen ankles)
<input type="checkbox"/> 대장염(Colitis)	<input type="checkbox"/> 폐렴 (Pneumonia)	<input type="checkbox"/> 출혈 (Bleeding)	<input type="checkbox"/> 부정맥 (Irregular pulse)
	<input type="checkbox"/> 기관기염 (Bronchitis)	<input type="checkbox"/> 수혈 (Blood transfusions – lifetime)	<input type="checkbox"/> 도보시 다리통증 (Leg pain when walking)
		<input type="checkbox"/> 임파선 부종 (Enlarged lymph nodes)	<input type="checkbox"/> 심잡음 (Heart murmur)

Chart #: _____

Reviewed by _____ Date _____

Methodist Charlton Ear, Nose and Throat Associates

환자의료정보 공개 동의서

(Patient Preference Regarding Communication of Health Information)

「건강보험의 이전과 책임에 관한 법률 (HIPAA)」에 의거하여 환자의 프라이버시를 보호하기 위해서, 당사자 이외 환자가 지정한 제 3 자 (가족이나 대리인)에게 환자 본인의 의료정보를 접근 혹은 공개를 허용할 경우 이 동의서에 서명이 필요합니다. 또한 공개 방식으로 NextMD 에서 지정한 연락처에 의해 전화메세지, 메일통보, 이메일을 선택할 수 있습니다.

In order to better protect your privacy under HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), we have created this consent form for releasing medical information to family members and other people of choosing. This will also be used for consent to leave you detailed telephone messages at the mentioned phone numbers, mail your lab results to your home and also send secure email results to your personal email address once enrolled in NextMD. Many times we have patient's family members call requesting medical information and legally we are not allowed to release that information without the patient's written consent. The purpose of this document is to protect your privacy.

환자가족 및 대리인 지정 (Communication to Family Members, Spouses or Other)

아래 지정한 사람에게 나의 조건과 치료방법에 관한 예약, 질문 등에 관한 의료정보를 공유하는것을 허락합니다.

나, 본인 이름 (Name) _____ 생년월일 (DOB) _____, hereby give my permission for the release of medical information regarding appointments and questions about my condition and treatments to the following person:

이름 (Name): _____ 관계 (Relation): _____ 전화번호 (Phone): _____

이름 (Name): _____ 관계 (Relation): _____ 전화번호 (Phone): _____

이름 (Name): _____ 관계 (Relation): _____ 전화번호 (Phone): _____

_____ 위에 지정한 가족, 친척, 또는 대리인 **이외** 어떤분에게도 본인의 어떠한 의료정보를 접근 혹은 공유를 허락치 않은 경우 여기에 체크하시기 바랍니다. (Check here if you do not give permission for additional family members, relatives or close personal friends to have access to any information regarding my medical condition(s).)

NextMD 를 통한 의료정보교환 (Electronic Communication via NextMD (Secure Electronic Medical Records))

_____ 네, NextMD 의 Patient Portal 을 통하여 의료정보를 교환하기를 원합니다. 검사 결과와 같은 확인할 정보가 있을시에 이메일로 연락해 드립니다. 이 이메일에는 보안이 된 웹사이트로 접속할 수도록 링크가 제공되어지며, 이 링크를 통해 본인이 정한 user name 과 password 로 검사 결과를 인터넷에서 확인하실 수 있습니다.

아래에 본인이 사용하고자 하는 이메일을 적어 주시기 바랍니다.

Email address: _____

_____ 아니오, NextMD 를 통한 인터넷상에서 의료정보를 교환하기를 원하지 않습니다. 이 경우 검사 결과는 예약을 통해 의사를 직접 만나서 확인하시거나 메일로 결과를 보내드릴 수 있습니다. 메일 확인시 최대 10 일 시간이 소요될 수 있습니다.

전화를 통한 의료정보교환 (Communication via the Telephone)

환자 의료정보 또는 예약 확인 등을 아래에 있는 전화번호의 음성메세지로 연락해 드립니다.

_____ (회사/휴대폰/집전화) _____ (회사/휴대폰/집전화)

동의서 서명 (Consent and Agreement)

위의 환자의료정보 공개 동의서에 설명되어진 가이드라인을 잘 이해하고 동의합니다.

서명 (Signature): _____

날짜 (Date): _____

Methodist Charlton Ear, Nose and Throat Associates

환자의료정보 공개 동의서
(Financial Policy)

「건강보험의 이전과 책임에 관한 법률 (HIPAA)」에 의거하여 환자의 프라이버시를 보호하기 위해서

Chart #: _____

Reviewed by _____ Date _____