

TARANTINO EYE CENTER

PATIENT INFORMATION 환자정보

Patient's Full name 환자이름 _____ Birth Date 생년월일 _____

Address 주소 _____ City _____

State _____ Zip _____ Referred by 소개받으신경로: _____

Primary Care Physician 주치의: _____

Optometrist 검안의: _____

Sex 성별 _____ Home Phone# 집전화 _____ Work Phone# 직장전화 _____

Cell# 핸드폰 _____ Email 이메일 _____

Social Security# 소살시큐리티 _____ Occupation 직업 _____

Employer's Name 직장 _____

Employer's Address 직장 주소 _____

Single 미혼 _____ Married 기혼 _____ Divorced 이혼 _____ Widowed 사별 _____

Separated 별거 _____

Name of Spouse or Parent/Guardian 배우자나 부모의 성함 _____

Name & Phone number of emergency contact 응급시 연락할 이름과 연락처

Insurance Information 의료보험정보

Please present ALL insurance cards to receptionist.

모든 의료보험카드를 접수처에 제출해주세요.

PRIMARY 일차보험: _____ Policy# _____ Group# _____

Policyholder/Relationship 보험자/보험자와의 관계 _____

SECONDARY 이차보험: _____ Policy# _____ Group# _____

Policyholder/Relationship 보험자/보험자와의 관계 _____

If your injury is work related, please advice receptionist for additional forms.

상처가 직장일과 관계가 있으면 접수처에 알려주세요.

TARANTINO EYE CENTER

Assignment of Benefits 보험금 양도증서

I hereby assign all medical and/or surgical benefits, to include major medical benefits to which I am entitled to Paul A. Tarantino, M.D., P.A. for services rendered by Paul A. Tarantino, M.D., P.A. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original. I hereby assume financial responsibility for all charges whether or not paid by said insurance. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure payment. I understand that Paul A. Tarantino, M.D., P.A. reserves the right to pursue delinquent accounts via third party collection agencies or attorney and that I am responsible for any collection fees incurred by Paul A. Tarantino, M.D., P.A.

본인은 Paul A. Tarantino, M.D., P.A. 에서 받는 의료서비스에 대한 보상으로 모든 의료/수술에 대한 보험금이나 배상금을 Paul A. Tarantino, M.D., P.A. 에 양도함을 동의합니다. 이 보험금 양도증서는 문서로 파기되기 전까지 유효합니다. 이 보험금 양도증서의 복사본도 원본과 같이 유효합니다. 본인은 보험금 지불에 상관없이 모든 재정적 책임을 감수합니다. 본인은 보험금 확보를 위해 필요한 개인정보 공개를 허락합니다. 본인이 체납할 경우 Paul A. Tarantino, M.D., P.A. 에서 제 삼자 수금 대행회사나 변호사를 고용하여 수금할수있음을 이해하며, 그럴 경우 본인이 수금 수수료를 지불해야함에 동의합니다.

Patient Signature 환자서명: _____ Date 날짜: _____

(☼ We are providing an English translation for the patient’s convenience. If there are any discrepancies between the English and Korean texts, the patient will be legally bound by the provisions in English.)

(☼ 한국어 번역은 환자분의 편의를 위하여 제공되었을뿐, 만약 영어와 일치되지 않을시 영어로 쓰여진 조건이 법적효능이 있습니다.)

TARANTINO EYE CENTER

MEDICAL QUESTIONNAIRE 의료 질문서

Name 환자이름: _____ Date 날짜: _____

Ocular History 안구병력

Please check your current or past eye problems. 현재나 과거의 안구문제를 표기해 주세요.

- Glaucoma 녹내장
- Macular Degeneration 황반변성
- Cataract Surgery 백내장수술
- Retinal Detachment 망막박리
- Laser Surgery 레이저수술
- Retinal Surgery 망막수술
- Eye Trauma 안구외상
- Other 기타
- Lazy Eye 약시(사팔눈)

Disease of the eye can be associated with systemic illness. Please respond YES(Y) or NO(N) if you have EVER been diagnosed with any of the following:

눈의 질병은 전신적인 질병과 연관이 있을수 있습니다. 만약 아래의 질병으로 진단을 받으신적이 있으시면 예(Y)나 아니오(N)로 표기해 주세요.

- Diabetes 당뇨병
- High Blood Pressure 고혈압
- Kidney Disease 신장병
- Asthma/Emphysema 천식/폐기종
- Thyroid Disease 갑상선질환
- Cancer 암
- HIV/AIDS 에이즈
- Heart Condition 심장질환
- Arthritis 관절염
- Stroke 뇌졸중

List current medications and dosage 현재 복용하시는 약과 투약량:

Allergies to medications (if none known please indicate) 약에 관련된 알레르기 (만약 없으시면 None 이라고 표기해 주세요):

Social History 기타정보:

Do you smoke? 담배피시나요? Y/N How much 얼마나 하십니까: _____

Do you drink alcohol? 술을드시니까? Y/N How much 얼마나 하십니까: _____

Do you use drugs? 마약을하시나요? Y/N How much 얼마나 하십니까: _____

Family History 가족정보:

- Glaucoma 녹내장
- Retinal Detachment 망막박리
- Diabetes 당뇨병
- Hypertension 고혈압
- Macular Degeneration 황반변성
- Other 기타

TARANTINO EYE CENTER

Please check any symptom or problem that is chronic or persistent. 만성 또는 지속적인 증상을 표기해 주세요. Circle none if nothing in a category applies. 만약 없으면 없음(NONE)에 동그라미를 쳐 주세요.

Lung 폐: None

- Shortness of breath 호흡질환
- Cough 기침

Heart 심장: None

- Racing/Irregular 빨리뛰거나 불규칙적인 박동
- Chest pain/Angina 가슴통증/협심증
- Palpitations 가슴떨림

Stomach 위: None

- Heartburn 속쓰림
- Constipation 변비
- Diarrhea 설사
- Ulcers 위궤양
- Hernia 탈장
- Colitis/Diverticulitis 대장염/계실염
- Liver disease 간질환

Head/Neck 머리/목: None

- Headache 두통
- Severe head injury 심한 머리 손상
- Mouth ulcers 입에 생긴 궤양

Ear/Nose 귀/코: None

- Hearing loss 청력상실
- Pain/Discharge 통증/분비물
- Dizziness/Fainting 어지러움/실신
- Nose bleeds 코피
- Tinnitus/Vertigo 귀울림/현기증
- Sinus pain 코 통증

Neurological 신경: None

- Numbness/Tingling 마비/저림
- Seizures/Epilepsy 발작/간질
- Weakness in arm/leg 팔/다리저림

Mood Disorder 정서장애: None

- Anxious/Nervous 불안함/신경과민
- Depression 우울증

General 일반: None

- Weight loss/gain 체중 감소/증가
- Excessive thirst 지나친 갈증
- Sleep disturbance 수면장애
- Heat/Cold intolerance 온도 과민증
- Loss consciousness 의식 상실
- Fever/Chills 열병/오한
- Bleed/Bruise easily 피, 멍이 쉽게남
- Blood transfusion 수혈
- Anemia 빈혈
- Loss of memory 기억상실
- Night sweats 식은땀

Urinary 방광: None

- Frequent Urination 잦은 배뇨
- Blood in urine 오줌에 섞인피

Genital 생식기: None

- Prostate trouble 전립선 질병
- Vaginal/Ovarian 자궁 질병
- Infectious disease 전염병

Muscle/Joint 근육관절: None

- Pain/swelling 통증/부기
- Gout 통풍
- Stiffness 뻣뻣함

Patient Signature 환자서명: _____ Date 날짜: _____

Patient Consent Form 환자 동의서

Our Notice of Privacy provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The Notice contains Patient Rights section describing your rights under the law. You have the right to review our Notice before signing this consent. The terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our office.

본 병원의 개인정보 통지서는 환자분의 건강정보를 어떻게 쓸수있고 공개할수 있는지를 알려드립니다. 통지서안에는 환자분의 법적권리가 명시되어 있습니다. 이 동의서에 서명하시기전에 통지서를 보실 권리가 있으십니다. 개인정보 통지서의 조건이나 용어는 변경될수 있습니다. 만약 통지서가 변경되면, 환자분이 병원에 연락을 주시면 새 통지서를 받아보실수 있습니다.

You have the right to request that we restrict how protected information about you is used or disclosed for treatment, payment or health care operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we shall honor that agreement.

환자분의 개인정보가 치료, 지급, 또는 건강관리를 위해서 어떻게 사용되어지고 공개되는지에 제한을 부탁하실수 있습니다. 본 병원은 그런 제한에 동의할 의무는 없으나, 만약 동의 한다면 그 제한을 지키겠습니다.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment and health care operations. You have the right to revoke this consent, in writing, signed by you. However, such a revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior consent. The Practice provides this form to comply with the Health Information Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA).

이 동의서에 서명하심으로써 환자분은 병원이 환자분의 치료, 지급, 또는 건강관리를 위해서 개인정보를 사용하고 공개하는것에 동의합니다. 이 동의서는 환자가 글로쓰고 서명한 파기서로만 취소가 가능합니다. 하지만 파기서는 벌써 공개된 정보에는 영향을 끼치지 않을것입니다. 본 병원은 the Health Information Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA) 조항에따라 제공되었습니다.

The patient understands that:

환자분은 다음정보를 이해합니다.

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment or health care operations.
보호되는 건강정보는 환자분의 치료, 지급, 또는 건강관리를 위해서 사용되거나 공개될수 있습니다.

TARANTINO EYE CENTER

- The Practice has a Notice of Privacy Practices and that the patient has the opportunity to review this Notice.
본 병원은 개인정보 통지서를 가지고 있고, 환자분께서는 그 통지서를 보실수 있습니다.
- The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Policies.
본 병원은 개인정보 통지서를 변경할 권리가 있습니다.
- The patient has the right to restrict the uses of their information but the practice does not have to agree to those restrictions.
환자분의 개인정보가 어떻게 사용되어지는지에 제한을 부탁하실수 있지만 본 병원은 그런 제한에 동의할 의무가 없습니다.
- The patient may revoke this Consent in writing at any time and all future disclosures will then cease.
환자분은 이 동의서를 취소하심으로써 앞으로의 개인정보의 공개를 막으실수 있습니다.
- The Practice may condition treatment upon the execution of this Consent.
본 병원은 동의서 서명을 전제로 치료를 할수 있습니다

This consent was signed by 동의서 서명인: _____

Relationship to patient (if other than patient) 환자분과의 관계 (환자가 아닐 경우):

Date 날짜: _____

In front of 증인: _____
(practice representative)

(※ We are providing an English translation for the patient’s convenience. If there are any discrepancies between the English and Korean texts, the patient will be legally bound by the provisions in English.)

(※ 한국어 번역은 환자분의 편의를 위하여 제공되었을뿐, 만약 영어와 일치되지 않을시 영어로 쓰여진 조건이 법적효능이 있습니다.)