

TUSTIN ENT SINUS & ALLERGY CENTER

☐ Charles K. Oh, M.D.
☐ Thomas C. Huang, M.D.

성명 _____ 성별 M _____ F _____

Name 성 (Last) 이름 (First) 중간 이름 (Middle) Gender

집 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

Home Address City State Zip

집 전화 번호 _____ 핸드폰 번호 _____ 생년월일 _____

Home Phone Cell Phone Birth Date

직장 이름 _____

Employed By

이메일 주소 _____

Email

비상 연락처 _____ 전화 번호 _____

Emergency Contact Phone Number

약국 _____ 도시 _____ 전화 번호 _____

Pharmacy City Phone Number

Medical Insurance Information:

결제 방법은 어떻게 하시나요? 현금 _____ 수표 _____ 보험 _____ 메디 케어 _____

Cash Check Insurance Medicare

보험의 이름 (Insurance) _____

보험 번호 (Policy Number) _____

Please Sign and Return to Receptionist:

본 서명인은 _____ 에 보험에 가입되어 있으며 제공된 서비스에 직접
할당합니다. 본인은 보험금 지급 여부에 관계없이 모든 비용에 대한 재정적 책임이 본인에게
있음을 이해합니다. 본인은 보험금 지급을 확인하는 데 필요한 모든 정보를 승인합니다. 또한
본인은 본인의 의료 정보를 보험사에 공개하는 것을 승인합니다. 보험금은 서비스가 제공되는
시점에 지불될 것으로 예상됩니다.

서명 (Signature) _____ 날짜 (Date) _____

Tustin ENT Sinus & Allergy Center

Medical Information:

오늘 방문 이유 (Symptom(s) or reason(s) for today's appointment)

신장 (Height) : _____ 예상 무게 (Weight) : _____

Past medical history:

귀하는 다음과 같은 문제를 진단받은 적이 있습니까?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ AIDS/HIV | ☐ 위식도역류성질환 (GERD) | ☐ 골다공증 (osteoporosis) |
| ☐ 알레르기 (allergies) | ☐ 녹내장 (glaucoma) | ☐ 전립선 문제 (prostates problems) |
| ☐ 불안 (anxiety) | ☐ 머리 부상 (head injury) | ☐ 발작 (seizures) |
| ☐ 빈혈 (anemia) | ☐ 청력 상실 (hearing loss) | ☐ 수면 무호흡증 (sleep apnea) |
| ☐ 관절염 (arthritis) | ☐ 심장마비 (heart attack) | ☐ 뇌졸중 (stroke) |
| ☐ 천식 (asthma) | ☐ 심장 문제 (heart problems) | ☐ 갑상선 문제 (thyroid problems) |
| ☐ 자가 면역 질환
(autoimmune disease) | ☐ 간염 (hepatitis) | ☐ 기타:
_____ |
| ☐ 허리나 척추 문제
(back or spine problems) | ☐ 고혈압 (high blood pressure) | _____ |
| ☐ 암 (cancer) | ☐ 고콜레스테롤
(high cholesterol) | |
| ☐ 만성폐쇄성폐질환 (COPD) | ☐ 신장 질환 (kidney disease) | |
| ☐ 우울증 (depression) | ☐ 편두통 (migraine) | |
| ☐ 당뇨병 (diabetes) | | |

Tustin ENT Sinus & Allergy Center

Past Surgical History:

이전에 어떤 수술을 받았고 언제 시행했나요?

Social History:

담배를 피운 적이 있습니까 (smoker)? _____ 하루에 몇 갑을 피우나요 (packs a day)? _____

담배를 피운 지 몇 년이 되었습니까 (years)? _____ 언제 그만했어 (quit)? _____

알코올 섭취 (alcohol intake)? _____ 일주일에 마시는 음료 수 (number of drinks weekly)? _____

불법 약물 (illicit drugs)? _____ 취미 (hobbies)? _____ 애완동물을 키우십니까 (pets)? _____

Family Medical History:

가족 중 다음 문제를 진단받은 사람이 있습니까?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ 암 (cancer): _____ | ☐ 청력 상실 (hearing loss) | ☐ 알레르기 (allergy) |
| ☐ 갑상선문제 (thyroid problems) | ☐ 심장 문제 (heart problems) | ☐ 기타: _____ |
| ☐ 고혈압 (high blood pressure) | ☐ 수면 무호흡증 (sleep apnea) | _____ |
| ☐ 뇌졸중 (stroke) | ☐ 당뇨병 (diabetes) | _____ |

Medication Allergies:

약물 알레르기예에 대한 아래 공간에 모든 약물 및 반응 목록을작성하십시오

Medication List:

복용하시는 약종류를 적어주세요

마지막으로 독감 예방 주사를 맞으신 게 언제인가요 (flu shot)? _____

마지막으로 폐렴 백신을 접종한 것이 언제였나요 (pneumonia vaccine)? _____

최근에 넘어지셨나요 (recent falls)? 예 (yes) _____ 아니요 (no) _____

MEDICAL APPOINTMENT CANCELLATION/NO SHOW POLICY

진료 예약 취소/노쇼 정책

저희 투스틴이비인후과 부비동&알레르기에 진료를 믿고 맡겨주셔서 감사합니다. 저희는 예약 일정을 수립할 때 최고 수준의 진료를 받으실 수 있도록 충분한 시간을 할애해 드립니다. 예약을 취소하시거나 예약 일정을 변경하셔야 하는 경우 가능한 한 빨리, 늦어도 예약일 24시간 전에는 저희 사무실로 연락을 주셔야 합니다. 그래야 저희가 예약 대기 중인 다른 환자를 예약할 수 있습니다. 아래의 예약 취소/노쇼 정책을 참조하십시오:

2023 1월 1일 시행

예약일 24시간 전에 예약 일정 취소 및 변경 절차 없이 예약일에 나타나지 않는 환자는 노쇼로 간주되어 40달러의 수수료가 부과됩니다. 두 번째 위반 시에는 50달러의 수수료가 되며 세 번째 위반 시에는 저희 투스틴이비인후과 부비동&알레르기에서 퇴원 조치 됩니다. 첫 예약일에 나타나지 않는 신규 환자의 경우 일정 변경이 불가능하게 되며 다음 진료 방문 시 보험회사가 아닌 환자 본인에게 수수료가 부과됩니다. 의례적으로 저희는 가능한 한 환자분들께 전화로 예약 일정을 확인해 드리지만 확인 전화나 메시지를 받지 못하신 경우에도 위의 진료 예약 취소/노쇼 정책은 유효합니다. 하지만 저희도 예상치 못한 긴급한 상황이 발생하여 예약 시간을 지킬 수 없을 경우가 있다는 것을 잘 알고 있습니다. 정상 참작이 가능한 상황일 경우 저희 매니저에게 연락을 주시면 노쇼 수수료를 면제해 드릴 수 있습니다. 정규 업무 시간 이후인 경우에는 자세한 설명의 음성 메시지를 남길 수 있습니다.

Tustin ENT Sinus & Allergy Center
Charles K. Oh, MD
2552 Walnut Ave Suite # 130
Tustin, CA 92780
Phone: (714) 508-1600
Korean Line: (657)720-1910

진료 예약 취소/노쇼 정책을 읽고 이해했으며 해당 조항에 동의합니다.

날짜 (Date): _____

이름 (Name): _____

서명 (Signature): _____