

## 새 환자 진료 접수증

기재하신 사항은 HIPAA 개인정보 보호 규칙 및 합동위원회 요구 사항에 따라 의료 목적으로만 사용됩니다.

### • 환자 정보

**소셜 시큐리티 넘버(Social Security Number):** ( \_\_\_\_\_ )

이름(영문): \_\_\_\_\_ 성(영문): \_\_\_\_\_

생년월일 (월/일/년): \_\_\_\_\_ 성별: 남( ) 여( )

주소: \_\_\_\_\_

Street	City	State	Zip
_____	_____	_____	_____

전화번호 (주택): \_\_\_\_\_ (휴대전화): \_\_\_\_\_ (직장): \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

음성 메시지, 자동 응답기 또는 문자 메시지로 진료 날짜 확인 및 검진 결과에 대한 연락을 원하십니까? 네 ( ) 아니오( )

**비상 연락처, 가족 또는 법적 보호자**

이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_ 환자부과 관계: \_\_\_\_\_

귀하는 진료 내용을 위의 사람과 공유함에 동의하십니까? 네 ( ) 아니오( )

### • 의료보험 정보

의료보험 이름: \_\_\_\_\_ Member ID #: \_\_\_\_\_

Group #: \_\_\_\_\_ 피보험자와의 관계: 본인 ( ) or 타인 \_\_\_\_\_

이차 보험 정보(Secondary Insurance Information):

기재하신 접수증과 의료보험 카드와 운전면허증을 본 내과 직원에게 전달해 주십시오.

복사 후 되돌려드리겠습니다.

병력 사항: 최근 혹은 이전에 불편하셨던 곳에 표시  하십시오.

<input type="checkbox"/> 당뇨	<input type="checkbox"/> 고혈압
<input type="checkbox"/> 높은 콜레스테롤	<input type="checkbox"/> 뇌졸중
<input type="checkbox"/> 심장 질환	<input type="checkbox"/> 간 질환
<input type="checkbox"/> 신장 질환	<input type="checkbox"/> 갑상선 질환
<input type="checkbox"/> 폐 질환	
<input type="checkbox"/> 혈액 응고 장애	
<input type="checkbox"/> 비뇨기과 질환	
<input type="checkbox"/> 관절 문제	
<input type="checkbox"/> 간질	
<input type="checkbox"/> 폐렴 병력	
<input type="checkbox"/> 결핵 감염	
만약 있으셨다면, 언제? _____	
<input type="checkbox"/> 암 (종류): _____	
<input type="checkbox"/> 위 또는 내장 질환: 가장	
최근 위 내시경 검사:	
가장 최근 대장 내시경 검사:	
가장 최근 혈액 검사:	

<input type="checkbox"/> 흡연: <input type="checkbox"/> 현재 <input type="checkbox"/> 끊음
<input type="checkbox"/> 음주: <input type="checkbox"/> 가끔 <input type="checkbox"/> 자주
<input type="checkbox"/> 입원 경험 여부
만약 있으셨다면, 언제 / 어떤 이유? _____
<input type="checkbox"/> 수술 경험 여부
만약 있으셨다면, 언제 / 어떤 종류? _____
가족 병력: _____
이 외의 다른 질환: _____
모든 약물 / 음식에 대한 알레르기 _____

### 동의서

본인은 만일 preventative/annual wellness visit을 목적으로 방문하였으면, 주치의와 병원 스텝들에게 미리 전달할 것에 동의합니다. 그렇지 않을 경우, 새 환자 진료로 병원비가 청구될 것이며, 보험에 따른 진료비에 대한 책임은 본인에게 있음을 이해합니다.

**저희 병원에서는 새 환자의 첫번째 진료에 마약성 진통제, 신경안정제, 수면제를 처방하지 않습니다.**

본인은 박인권 내과에서 다음의 증상에 대해 직접 진료를 하기 보다 적절한 의료 시설을 찾아 권하고있음에 동의합니다.

- 장기간 마약성 진통제(opioid)가 필요한 만성 통증
- 자동차 사고로 인한 외상 (MVA)
- 작업장에서 발생한 부상으로 인한 외상 (L & I)
- 주의 결핍력 과다 행동 장애 (ADHD)

본인은 박인권 내과에서 제공되는 모든 의료 서비스에 대해 의료보험 / 플랜에 따른 직접 청구와 환자공동 지불(Co-payment)에 동의합니다.

본인은 상기 내용이 옳음을 확인하였으며, 위의 사항에 동의합니다.

환자분 및 대리인 서명:

이름:

날짜:



## Medical Records Release Form

By signing this form, I authorize to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, to the physician (In Kwon Park, MD) office.

**Name:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

In Kwon Park, MD (Internal Medicine, Infectious Diseases)

8730 S Tacoma way #104 Lakewood, WA 98499


P: (253) 212-3637

F: (253) 267-0153

11216 Sunrise Blvd. E, STE3-104 Puyallup, WA 98374

P: (253) 271-0384

F: (253) 271-7539



# HIPAA (건강보험 이전과 책임에 관한 법) 개인정보 보호 허가서

## HIPAA Privacy Authorization Form

### \*\* 의료 정보를 열람 및 수령할 수 있는 사람에 대한 규정

*Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information  
Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R. Parts 160 and 165)\*\**

#### \*\*1. 허가 \*\* Authorization

본인, \_\_\_\_\_ 은(는) **박인권 내과**가 본인의 의료 정보를 \_\_\_\_\_  
에게 열람 및 수령할 수 있도록 허락합니다. *I authorize \_\_\_\_\_ (healthcare provider)  
to use and disclose the protected health information described below to \_\_\_\_\_ (individual  
seeking the information).*

#### \*\*2. 허가 기간 \*\* Effective Period

**박인권내과**가 아래에 주어진 기간 동안 의료 정보를 수령할 수 있습니다.  
*This authorization for release of information covers the period of healthcare from:*

\_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지  
to

혹은, *OR*

무기한적으로 *all past, present, and future periods.*

#### \*\*3. 허가 범위\*\* Extent of Authorization

환자분은 정신 건강 기록과, 전염병, 성병, HIV 관련 면역결핍증, 알코올 중독, 약물  
남용 치료를 포함한 모든 의료 정보를 열람 할 수 있도록 허락합니다.

*I authorize the release of my complete health record (including records relating to mental healthcare,  
communicable diseases, HIV or AIDS, and treatment of alcohol or drug abuse).*

혹은, *OR*

아래 항목을 제외한 모든 의료 정보를 열람 할 수 있도록 허락합니다.

*I authorize the release of my complete health record with the exception of the following information:*

정신 건강 *Mental health records*

전염병 (HIV 관련 면역결핍증을 포함한) *Communicable diseases (including HIV and AIDS)*

알코올 중독/약물 남용 치료 *Alcohol/drug abuse treatment*

기타: \_\_\_\_\_ *Other (please specify):*

4. 환자분의 의료 정보는 위의 지시 사항에 따라 **박인권내과**가 진료나 치료, 보험청구, 클레임 포함, 필요에 따라 쓰여질 수 있습니다. *This medical information may be used by the person I authorize to receive this information for medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposes as I may direct.*

5. 이 허가서는 \_\_\_\_\_ 까지 (기간적이나 사건적) 효력을 발휘합니다. 주어진 기간이 지난 후에 이 허가서는 만료됩니다. *This authorization shall be in force and effect until \_\_\_\_\_ (date or event), at which time this authorization expires.*

6. 환자분은 언제든지 서면으로 통지하여 이 허가서를 취소할 수 있으나, 저희가 환자분의 허락에 따라 이미 어떠한 조치를 취한 상황이었거나, 보험혜택을 위해 청구된 정보나, 또는 보험회사가 법적 권리를 행사하여 클레임에 이의를 제기할 경우는 법적 효력에서 제외됩니다. *I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim.*

7. 환자분의 치료, 지불, 가입 및 혜택은 이 허가서의 서명에 따라 영향을 미치지 않습니다. *I understand that my treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization.*

8. 환자분의 의료 정보는 허락된 목적 아래에서 언제든지 사용되고 공개될 수 있으며 기록을 받는 수청자에게 (예: 리퍼럴을 받은 전문의 병원) 언제든지 공개되고 연방/주정부로부터 법적보호를 받지 못하실 수도 있습니다. *I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.*

---

본인, 또는 법정대리인 서명 *Signature of patient or personal representative*

---

본인 성명, 또는 법정대리인의 성명과 환자분과의 관계 *Printed name of patient or personal representative and his or her relationship to patient*

---

날짜 *Date*

## AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Name of Patient	
Address	
Phone Number	E-mail
Date of Birth	

Name of Guardian or Legal Representative	
Relationship with a patient	
Address	
Phone Number	E-mail

I hereby authorize the *In Kwon Park, MD PLLC* to receive all health information about me following the HIPAA Privacy Rules and Joint Commissions Requirements.

<b>FROM: Name of Previous Primary Care / PCP</b>		
Street Address		
City	State	Zip Code
Phone Number	Fax Number	
Type of Information Requested: <input type="checkbox"/> Laboratory Results <input type="checkbox"/> Imaging Study Results <input type="checkbox"/> Progress Notes <input type="checkbox"/> Consultation Notes <input type="checkbox"/> PT/OT records <input type="checkbox"/> Hospital Admission History and Physicals <input type="checkbox"/> Hospital Discharge Notes <input type="checkbox"/> Entire medical records		
Duration: Past <input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> 2 years <input type="checkbox"/> 3 years <input type="checkbox"/> 4 years <input type="checkbox"/> 5 years <input type="checkbox"/> Entire periods available		

The following person/organization is hereby authorized to receive my entire medical record, treatment record and diagnostic record to the following person or organization:

<b>TO: Person/Organization to Receive Information</b>	
<b><i>IN KWON PARK, MD PLLC</i></b>	
Street Address 8730 S Tacoma way #104 Lakewood, WA 98499	<b><i>Return Fax (253) 267-0153</i></b>  <i>Phone (253) 212-3637</i>

\_\_\_\_\_  
Patient's or Legal Guardian/Representative's Signature

\_\_\_\_\_  
Date