

환자 정보 / Patient Information					
이름, 중간 이름, 성: / Name:					
생일: / DOB:	나이: / Age:	성별: <input type="checkbox"/> 남성 / Male <input type="checkbox"/> 여자 / Female <input type="checkbox"/> 다른 / Other _____	사회 보장 번호: - -		
민족: / Ethnicity: <input type="checkbox"/> 대답하고 싶지 않다 <input type="checkbox"/> 아시아 사람 <input type="checkbox"/> 아프리카 계 미국인 <input type="checkbox"/> 아메리카 원주민 <input type="checkbox"/> 코카서스 사람 <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 확실하지 않다				선호하는 언어: / Preferred Language: <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 다른 _____	
주소: / Address:					
선호하는 전화 번호: / Primary Phone: <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집 전화			보조 전화 번호: / Secondary Phone: <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집 전화		
이메일: / Email:					
결혼 여부: / Marital Status: <input type="checkbox"/> 미혼 / Single <input type="checkbox"/> 기혼 / Married <input type="checkbox"/> 사별 / Widowed <input type="checkbox"/> 이혼 한 / Divorced					
긴급 연락처: / Emergency Contact: <input type="checkbox"/> 부모/법적 보호자 / Parent or Guardian		이름, 성: / Name:			
전화 번호: / Phone:		환자와의 관계: / Relationship to Patient:			
일차 진료 의사 / 클리닉 이름: / Primary Care Provider / Clinic Name: <input type="checkbox"/> 아무것도 없다 / I don't have one					
직업 (선택 과목): / Occupation (optional):					
부모 / 법적 보호자 정보 (환자가 미성년자 인 경우) / Parent/Legal Guardian (if patient is a minor)					
법적 보호자 이름: / Responsible Party's Name:					
생일: / DOB:			사회 보장 번호: - -		
주소: / Address:					
보험 정보 / Insurance Information					
기본 보험 이름: / Primary Insurance:			보험 계약자 이름: / Policy Holder's Name:		
생일: / DOB:			환자와의 관계: / Relationship:		
두 번째 보험 이름: / Secondary Insurance:			보험 계약자 이름: / Policy Holder's Name:		
생일: / DOB:			환자와의 관계: / Relationship:		
우리에게 대해 어떻게 들었습니까? <input type="checkbox"/> 보험 <input type="checkbox"/> 도로 표지판 <input type="checkbox"/> Skin Docs 웹 사이트 <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> 다른: <input type="checkbox"/> 일차 진료 의사 <input type="checkbox"/> 인터넷 <input type="checkbox"/> ZocDoc.com <input type="checkbox"/> Yelp <input type="checkbox"/> 친구 / 가족 <input type="checkbox"/> 신문 <input type="checkbox"/> Healthgrades.com <input type="checkbox"/> Facebook _____					

피부암 병력 / Skin Cancer History	
다음과 같은 병력이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 피부암 <input type="checkbox"/> 흑색 종 <input type="checkbox"/> 편평 세포 암종 <input type="checkbox"/> 기저 세포 암 <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음
다음과 같은 가족력이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 피부암 <input type="checkbox"/> 흑색 종 <input type="checkbox"/> 편평 세포 암종 <input type="checkbox"/> 기저 세포 암 <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음
일반적인 병력 / General Medical History	
다른 모든 과거 및 현재 건강 상태를 나열하십시오:	
수술 이력 / Surgical History	
수술 이름 / Surgery Name	수술 날짜 / Date
<input type="checkbox"/> 모스 수술 / Mohs Surgery 신체 위치: / Location:	
<input type="checkbox"/> 피부암 수술 / Skin Cancer Surgery 신체 위치: / Location:	

방문 이유 / Reason for Visit	
이름 / Name:	생일 / DOB:
정기 피부 검사를 위해 여기에 계신 경우 의료 체크리스트로 건너 뛰십시오. If you are only here for a routine skin exam, please skip to MEDICAL CHECKLIST.	
문제의 심각성: Severity of Problem:	<input type="checkbox"/> 가벼운 / Mild <input type="checkbox"/> 보통의 / Moderate <input type="checkbox"/> 심한 / Severe
문제 유형: Type of Problem:	<input type="checkbox"/> 발진 / Painful <input type="checkbox"/> 병변 / Lesion <input type="checkbox"/> 반점 / Spot <input type="checkbox"/> 두더지 / Mole <input type="checkbox"/> 사마귀 / Wart <input type="checkbox"/> 좌창 / Acne <input type="checkbox"/> 낭종 / Cyst <input type="checkbox"/> 궤양 / Ulcer <input type="checkbox"/> 흉터 / Scar <input type="checkbox"/> 피부 물집 / Blister <input type="checkbox"/> 스킨 태그 / Skin Tag <input type="checkbox"/> 변색 / Discoloration <input type="checkbox"/> 다른 / Other _____
문제와 관련된 증상은 무엇입니까? Associated Symptoms:	<input type="checkbox"/> 아픈 / Painful <input type="checkbox"/> 가려움 / Itchy <input type="checkbox"/> 불타는 감각 / Burning <input type="checkbox"/> 따끔 거림 / Stinging <input type="checkbox"/> 출혈 / Bleeding <input type="checkbox"/> 보기 흉한 / Unsightly <input type="checkbox"/> 퍼지고있다 / Spreading <input type="checkbox"/> 핀과 바늘 감각 / Tingling <input type="checkbox"/> 다른 / Other _____
어떤 신체 부위가 영향을 받습니까? Affected Areas:	<input type="checkbox"/> 머리 가죽 / Scalp <input type="checkbox"/> 얼굴 / Face <input type="checkbox"/> 귀 / Ear <input type="checkbox"/> 목 / Neck <input type="checkbox"/> 가슴 / Chest <input type="checkbox"/> 등 / Back <input type="checkbox"/> 배 / Abdomen <input type="checkbox"/> 손톱 / Nails <input type="checkbox"/> 오른팔 / Right Upper Extremity <input type="checkbox"/> 왼쪽 팔 / Left Upper Extremity <input type="checkbox"/> 오른쪽 다리 / Right Lower Extremity <input type="checkbox"/> 왼쪽 다리 / Left Lower Extremity
피부 문제가 발생한 지 얼마나 되었습니까? Duration?	_____
피부 문제에 대한 치료법을 사용했습니까? Treatment used?	<input type="checkbox"/> 네 / Yes <input type="checkbox"/> 아니 / No
의료 체크리스트 / Medical Checklist	
출혈 장애가 있습니까? Do you have a bleeding disorder?	<input type="checkbox"/> 네 / Yes <input type="checkbox"/> 아니 / No
혈액 희석제를 복용하고 있습니까? Are you taking any blood thinners?	<input type="checkbox"/> 네 / Yes <input type="checkbox"/> 아니 / No
심박 조율기 / 제세동기가 있습니까? Do you have a pacemaker/defibrillator?	<input type="checkbox"/> 네 / Yes <input type="checkbox"/> 아니 / No
햇빛에 자주 노출됩니까? Frequent sun exposure?	<input type="checkbox"/> 네 / Yes <input type="checkbox"/> 아니 / No
현재 계절성 알레르기로 고통 받고 있습니까? Do you have seasonal allergies?	<input type="checkbox"/> 네 / Yes <input type="checkbox"/> 아니 / No
술 마시나요? Do you drink alcohol?	<input type="checkbox"/> 네: / Yes: _____ 잔 / drinks <input type="checkbox"/> 매일 / Weekly <input type="checkbox"/> 아니 / No <input type="checkbox"/> 매주 / Daily
현재 또는 이전에 담배를 피우셨습니까? Are you a current or former smoker?	<input type="checkbox"/> 네: / Yes:      끊기 날짜 _____ 하루에 _____ 팩을 피운다      Quit Date _____ / packs per day      _____ 총 흡연 연수 / years of smoking <input type="checkbox"/> 아니 / No
지난 1년 이내에 인플루엔자 백신을 맞으셨습니까? Did you get a flu vaccine within the past year?	<input type="checkbox"/> 네 / Yes <input type="checkbox"/> 아니 / No

약물 / Medications			
<input type="checkbox"/> 나는 약을 복용하고 있지 않다 / I am not taking any medications			
이름 / Name	복용량 / Strength	투약 빈도 / Dose Frequency	이유 / Reason
<b>양약방:</b>  (이름과 주소) Pharmacy: (Name & Location)			
알레르기 / Allergies			
<input type="checkbox"/> 나는 알레르기가 없습니다 / I have no known allergies			
약물 / 알레르기 이름 / Medication/Allergen Name	알레르기 반응의 유형 / Type of Reaction		
65 세 이상인 경우 다음 사항에 답하십시오: / If you are 65 years or older please answer the following:			
폐렴 백신을 맞은 적이 있습니까? / Did you ever have a pneumonia vaccine?		<input type="checkbox"/> 네 / Yes <input type="checkbox"/> 아니 / No	
다음 중 어떤 것이 있습니까? <input type="checkbox"/> 사전 지시서 / Advance Directive <input type="checkbox"/> 건강 관리 위임장 / Health Care Proxy <input type="checkbox"/> 살아있는 의지 / Living Will <input type="checkbox"/> 아니 / No			
사전 진료 계획에 대한 귀하의 소망을 가장 잘 반영하는 진술은 무엇입니까? Which statement best reflects your wishes on advance care planning?		<input type="checkbox"/> 내 생명을 구하기 위해 필요한 경우에도 호흡관을 갖고 싶지 않습니다 / Do not intubate <input type="checkbox"/> 심장이 멈춘다면 가슴 압박이나 제세동기를 사용하여 심장을 다시 시작하고 싶지 않습니다 / Do not resuscitate <input type="checkbox"/> 내 생명을 구하기 위해 심폐 소생술을 완전히 시행하고 싶습니다 / Full Code	

## 건강 정보 공개 동의 / Consent to Disclose Health Information

이름 / Name:

생일 / DOB:

나는 The Skin Docs 피부과, 그들의 임상의 (의사, NP, PA) 및 직원에게 본인의 보호 된 건강 정보를 다음 가족, 친구 및 / 또는 간병인에게 공개 할 권한을 부여합니다:

이름 / Name	전화 / Phone	관계 / Relationship

The Skin Docs에서 전화를 통해 테스트 결과 또는 의료 정보를 전달해야하는 경우 사용할 수 있는 아래의 모든 통신 옵션을 확인하십시오:

In the event The Skin Docs may need to communicate your test results or medical information via telephone, please check all communication options below that may be used:

- 자세한 음성 메시지를 남겨주세요:  
Leave a detailed voicemail on:
- 핸드폰 / Cell phone       집 전화 / Home phone
- 다른 / Other: \_\_\_\_\_
- 다음 전화 번호로 전화 할 수 있습니다  
Call you at the following numbers:
- 핸드폰 / Cell phone       집 전화 / Home phone
- 다른 / Other: \_\_\_\_\_
- 저에게 직접 말하십시오.  
Only speak to ME directly

이 양식의 승인은 언제 만료됩니까?  
THE AUTHORIZATION IN THIS FORM EXPIRES:

못 / Never

오늘부터 1 년  
/ 1 year from today

다음 항목 중 하나만 표시하고 서명하십시오: / Please check and sign only **ONE** of the following:

- 나는 The Skin Docs가이 양식에서 확인 된 커뮤니케이션 옵션에 따라 위에 언급 된 나의 민감한 건강 정보를 공유하도록 허용합니다. I allow The Skin Docs Dermatology to share my sensitive health information as noted above per the communication options checked on this form.

서명 Signature

오늘 날짜 Date

- 나는 The Skin Docs가 나의 민감한 건강 정보를 나 자신이 아닌 다른 사람과 공유하도록 허용하지 않습니다.  
I DO NOT allow The Skin Docs Dermatology to share my sensitive health information with anyone but myself.

서명 Signature

오늘 날짜 Date

위에 서명함으로써 본인은 언제든지이 승인을 철회 할 권리가 있음을 이해합니다. 본인이 승인을 취소 할 경우 서면으로해야 함을 이해합니다. 이 승인에 대한 응답으로 이미 공개 된 정보에는 취소가 적용되지 않음을 이해합니다. 본인은 개인 정보 보호 관행 통지에 언급 된 치료, 지불 또는 의료 운영 과정에서 공유되는 정보에는 철회가 적용되지 않음을 이해합니다.

본인이 건강 정보의 공개를 승인하는 것이 자발적임을 이해합니다. Skin Docs Dermatology 및 그 법인인이 승인을 제공하거나 제공을 거부하는 혜택에 대한 치료, 지불, 등록 또는 자격을 조건화하지 않습니다. 정보 공개는 무단 재 공개 가능성을 수반하며 정보는 연방 기밀 규칙에 의해 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다. 내 건강 정보 공개에 대해 질문이있는 경우 개인 정보 보호 관행 통지를 참조 할 수 있습니다. \* 개인 정보 보호 정책 사본이 마음에 드시면 저희에게 문의하십시오.\*

### 재정 정책 / FINANCIAL POLICY

The Skin Docs를 선택 해주셔서 감사합니다. 우리는 귀하에게 최상의 치료와 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 귀하의 재정적 책임을 아는 것은 치료의 필수적인 부분입니다. 다음을주의 깊게 읽으십시오.

#### 보험

정확한 보험 및 개인 정보를 제공하는 것은 환자의 책임입니다. 보험을 수락한다고해서이 관행에 모든 재정적 책임이있는 것은 아니며, 플랜이 미지급 잔액에 대해 책임을 져야합니다. 저희는 대부분의 보험사와 계약을 맺고 있지만 저희 서비스는 귀하의 특정 보험 플랜에 의해 보장되지 않을 수 있습니다. 다른 의사가 저희 사무실을 추천한다고해서 귀하의 보험이 저희 서비스를 보장한다는 보장은 없습니다.

#### 코 페이 및 미결제 잔액

서비스 시점에 지불해야하는 것은 더 스킨 다크 피부과의 정책입니다. 코 페이는 전액 지불해야합니다. 귀하의 계정에있는 모든 잔액은 방문 전 또는 방문시에 지불되어야합니다. 여기에는 공동 보험 및 공제액이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. 방문시 잔액을 지불 할 수없는 경우 예약 일정을 변경해야합니다. 저희 사무실은 현재 지불 계획을 제공하지 않습니다.

#### 자기 지불 및 미용 약속

서비스 시점에 전액 지불이 예상됩니다.

#### 취소 및 누락 된 약속

- 사무실 방문 : 예정된 날짜 및 시간 최소 24 시간 전에 약속을 취소하는 것이 본인의 책임임을 이해합니다. 그렇지 않으면 \$ 50.00의 수수료가 내 계정으로 청구되며,이 금액은 내 보험 플랜에 포함되지 않습니다. 모든 미결제 잔액은 다음 방문 전에 전액 지불해야합니다.
- 수술 예약 : 예정된 날짜 및 시간 최소 24 시간 전에 예약을 취소하는 것이 본인의 책임임을 이해합니다. 그렇지 않으면 \$ 200.00의 수수료가 제 계좌로 청구되며, 이는 제 보험 플랜에 포함되지 않습니다. 모든 미결제 잔액은 다음 방문 전에 전액 지불해야합니다.
- 예상치 못한 삶의 사건과 질병이 발생한다는 것을 알고 있습니다. 이 경우 가능한 한 빨리 저희 사무실에 전화하여 예약을 취소하거나 일정을 변경하십시오.

#### 추천

보험에 소개가 필요한 경우 방문 전에 소개를 제공하는 것은 귀하의 책임입니다.

#### 병리학

때때로 의사는 특정 피부 질환을 적절하게 진단하기 위해 병리학을 지시합니다. 환자에게 양질의 치료를 제공하기 위해 당사는 피부 질환의 현미경 진단을 전문으로하는 Board-Certified Dermatopathologist가 수행 한 분석을 통해 독립 라이선스 실험실을 활용합니다. 이러한 서비스에 대한 비용은 사무실 방문 및 절차 비용에 추가됩니다.

#### 의료 기록 / 양식 요청 (FMLA)

의료 기록에 대해 \$ 25.00 수수료와 우편 및 / 또는 전자 장치 비용이 있습니다. 저희 사무실에서 작성해야하는 FMLA, 의료 및 기타 정책 양식에는 \$ 10.00 수수료가 필요합니다. 이러한 수수료는 기록 / 양식을 보내기 전에 지불해야합니다.

### 허용되는 결제 방법

The Skin Docs는 현금, Visa, Mastercard, Discover 및 적절한 신분증 (유효한 운전 면허증 또는 사진이있는 신분증)이있는 개인 수표를받습니다. 수표는 "The Skin Docs Dermatology"로 지불 할 수 있습니다. 반환 된 수표에는 \$ 30.00의 수수료가 부과됩니다.

### 재무 정책에 대한 승인

위의 재정 정책을 읽었으며 The Skin Docs에서 환자로서의 재정적 책임을 이해했습니다. 본인은 기한 내에 지불하지 않는 것이 법적 조치의 근거임을 이해하며 법원 비용 및 변호사 비용을 포함한 모든 징수 비용을 지불하는 데 동의합니다. 이 동의서에 서명하지 않으면 The Skin Docs Dermatology에서 치료를 거부 할 수 있습니다.

### 의료 기록 공개 승인

본인은 The Skin Docs, LLC가 검사 및 치료 과정에서 필요한 모든 의료 정보를 공개하고 제공 한 서비스에 대해 지불해야하는 모든 혜택을 그들에게 직접 지불하도록 승인합니다. 나는 보험 적용 범위에 관계없이 제공되는 서비스에 대한 책임을 인정하고 수락합니다. 여기에는 공동 부담금, 공동 보험, 공제액 및 비 보장 서비스가 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

### 개인 정보 보호 정책에 대한 승인

본인은 The Skin Docs 개인 정보 보호 정책 (프린트 데스크에서 이용 가능)의 실제 사본을 가져 오거나 theskindocs.org에서 온라인으로 볼 수 있도록 제안함으로써 The Skin Docs 개인 정보 보호 정책 고지 (NOPP)를 통보 받았음을 인정합니다.

### MEDICARE 환자 전용

본인은 제공자가 제공 한 모든 서비스에 대해 본인 또는 본인을 대신하여 The Skin Docs, LLC에게 승인 된 Medicare 혜택을 지불 할 것을 요청합니다. 본인은 본인에 대한 의료 정보 보유자가 이러한 혜택 또는 관련 서비스에 대해 지불 할 혜택을 결정하는 데 필요한 모든 정보를 Health Care Financing Administration 및 그 대리인에게 공개하도록 승인합니다.

위 내용을 읽고 이해했으며 이에 동의합니다.

---

환자 또는 법적 보호자의 이름 / Name of Patient or Responsible Party

---

관계 / Relationship to Patient

---

서명 / Signature

---

오늘 날짜 / Date