



신규 환자 등록 양식

환자 정보			
이름:		생년월일(M-D-Y): - -	
주소:			
시:	주:	우편번호:	소셜번호: -
집 전화: () -	휴대폰: () -	직장 전화: () -	
성: [] 남 [] 여	혼인 여부:		이메일:
비상 연락			
이름:	관계:	번호: () -	
의사 / 추천자			
주치의 (PCP) :		번호: () -	
안과의사(없다면 PCP):		번호: () -	
시설			
시설 이름:	전문요양시설: [] 예 [] 아니요	호스피스: [] 예 [] 아니요	
시설 주소:			
재정 담당자(환자가 아닐 경우)			
이름:			
주소:			
관계:	생년월일(M-D-Y): - -	소셜번호: - -	

나가시기 전에 계산대에 들려 주시기 바랍니다. 제공된 서비스에 관한 납부는 서비스 당일 지불이며 보험금청구서는 저희가 제출해 드립니다. 주사, 레이저 혹은 수술을 받는 환자는 미리 환자 관리부에서 보험 및 재정 협의 부탁드립니다.

정보 공개와 혜택 선언 신고서:

본인은 보험 청구를 처리하는데 필요한 의료 정보를 공개하고 MEDICARE 또는 다른 보험에서 나오는 서비스에 대한 모든 비용을 의사에게 양도하는 것을 허가한다. 본인은 위에 조건들을 이해하고 동의한다.

개인정보보호 관행 공지: 본인은 개인정보보호 공지를 읽었으며 치료에 관련된 의료 기록 공개를 동의합니다.

환자 또는 환자 대표 서명

날짜

환자 성명

환자 대표자 성명 또는 환자와의 관계 (있다면)



의사 - 환자 중재 합의

조항 1: 중재 협정: 의료 과실에 대한 논쟁, 예를 들어 계약에서 제공되는 의료 서비스가 불필요하였거나 무단이거나 부적절하거나 부주의 혹은 불황전하게 되었을 경우 캘리포니아 주법에 따른 중재 신청서를 제출해 결정됩니다. 중재 절차는 소송이나 법원 절차를 제외한 캘리포니아 법에서 제공하는 법적 검토를 따른다. 이 계약을 체결한 두 당사자들은 이러한 분쟁은 헌법상의 권리인 소송이나 법원 절차를 포기하며 대신 중재사용을 수락합니다.

조항 2: 모든 청구는 중재해야 한다: 본 계약서는 환자 또는 환자의 배우자 또는 상속자와 자식 (출산 여부 불문) 가 의사가 제공하는 치료 또는 서비스와 관련하여 청구는 제안한다. 임신부인 경우, "환자"란 어머니와 배 안에 자녀를 모두 의미합니다.

의사, 의사의 당사자, 동료, 협회, 법인, 파트너십, 직원, 에이전트에 대한 소액 배상 청구 법원의 관할권 한도를 초과하는 금전적 손해에 대한 모든 청구는 중재되어야 한다. 이 클레임은 컨소시엄 손실, 불법 사망, 정서적 고통 또는 징벌 적 손해 배상 모든 금전적 피해를 포함한다. 의사가 환자로 부터 진료비를 징수하는 법원의 모든 소송제기는 과실 청구에 대한 중재를 포기할 수 없다. 그러나 의사, 진료비 또는 다른 법원 소송은 중재에 의해 해결되어야 한다.

제 3 조항: 절차와 준거법: 중재 요청은 필기로 모든 해당인원에게 전달되어야 한다. 각 당사자는 당 중재자를 30 일 내에 정해야 하며 당에서 요청 시 제 3 자 중재자는 당에서 정한 중재자들이 요청일 3 일 이내에 정해야 한다. 각 당은 중립 중재인에게 당에 경비, 수수료, 중립 중재자가 승인하거나 중재인을 통해 발생한 경비를 비례해 지불해야 한다. 변호사 수수료, 증인 비용, 같이 당의 이득을 위한 경비는 제외해야 한다. 당사자는 중재자가 계약에 따라 중재자의 자격으로 행동 할 때 민사 책임으로부터 사법 공무원의 면제를 받는다는 것에 동의한다. 이 면제는 다른 어떤 적용 가능한 공법의 법을 대체하지 않는다. 각 당은 중립 중재자에게 서면으로 책임 및 손해에 관한 문제를 별도로 요청할 권리가 있다

당사자의 중재의 동의와 다른 개인 혹은 독립체와의 결합 합법적인 당사자 추가로 보며 이러한 개입은 보류 중재로 남는다.

당사자들은 건강 관리 제공자에게 적용되는 캘리포니아 법 조항에 의거하여 중재 합의서 안에서 분쟁을 동의한다. 분쟁 합의서는 민사 소송법 340.5 절과 667.7 절, 민법 3333.1 절과 3333.2 절에 해당된다. 모든 당사자 민사 법령에 따라 요약 판결 또는 요약 판결을 위한 동의를 중재자 전에 제기 할 수 있다.

절차. 발견은 민사 소송법 제 1283.05 항에 의거하여 수행되어야 하지만 중립 중재인의 사전 승인 전에 진술할 수 있다.

제 4 조항: 일반 규정: 동일한 사건, 거래 또는 관련 상황에 근거한 모든 클레임은 하나의 절차로 중재해야 한다. 모든 클레임은 1. 민사 소송에서 평가 된 경우 그 청구는 해당 캘리포니아 법령에 의해 금지된다 2. 청구 자는 합당한 주의를 기울여 명시된 절차에 따라 중재 청구를 하지 못한 경우 시효 되거나 면제된다. 중재자는 본 계약에서 명시 되지 않은 사항은 캘리포니아 민사 소송법에 의거해 중재하게 된다.



제 5 조항: 철회: 이 계약은 서명하고 30 일 이내 의사에게 서면 공지로 철회할 수 있다. 이 계약의 목적은 언제든지 제공되는 모든 의료 서비스에 적용된다.

제 6 조항: 소급효: 환자가 서명 날짜 전에 제공되는 서비스를 받기 원하는 경우 (예시 응급처치) 환자는 이름의 초성을 밑에 써 주면 계약의 효력은 첫 응급처치를 받는 날짜에서 시작된다.

_____ 환자의 또는 환자 대표자 초성

본 중재 합의 조항이 유효하지 않거나 시행이 불가능할 경우 나머지 조항은 그대로 유지되며 다른 조항의 무효성에 영향을 받지 않는다

본인은 본 중재 합의서 사본을 받을 권리가 있음을 이해합니다. 아래 서명을 통해 본인은 사본을 받았음을 인정합니다.

주의: 계약서를 서명하므로 의료과실로 인한 논쟁은 중립 중재자가 결정을 하고 본인은 법정 재판을 받을 권리를 포기하게 됩니다. 계약서 제 1 항조 참조

_____ 환자 또는 환자 대표 서명

_____ 날짜

_____ 환자 성명

_____ 환자 대표자 성명 또는 환자와의 관계 (있다면)

_____ 의사 혹은 책임 대표자 서명

_____ 날짜



개인 정보 보호 관행 공지

의료 정보에 관한 서약:

저희는 귀하와 귀하의 건강 관련 의료정보는 개인적이라는 것을 이해합니다. 저희는 귀하의 의료정보를 보호하기 위해 전념합니다. 저희는 귀하가 받는 진료 및 서비스에 대한 기록을 작성하며 이 기록은 더 나은 의료 서비스와 특정 법적 요구 사항을 준수 하기 위해 필요로 합니다. 이 공지는 병원에서 만들어진 귀하의 모든 기록에 적용됩니다.

이 공지에는 귀하의 의료 정보가 어떻게 사용되며 공개 될 수 있는지 명시되어있으니 주의 깊게 검토하시기 바랍니다.

다음 범주는 저희가 의료정보 사용 및 공개하는 다양한 방법에 관한 설명입니다. 모든 사용 및 공개 방법이 나열 되어 있지는 않습니다. 하지만 저희에게 허락된 사용 및 공개 방법은 다음 범주 중 하나에 해당됩니다.

1. 치료: 저희는 귀하에 치료를 위해 의료 정보를 사용할 것입니다. 예를 들어, 저희가 제공 하지 못하는 치료인 경우 해당 의료 서비스를 제공할 수 있는 의사 또는 병원에게 귀하에 의료 정보를 공유 할 수 있습니다.
2. 치료 대안: 저희는 귀하가 관심을 가질만한 다른 치료 방법 추천을 위해 귀하의 의료 정보 사용 및 공개를 할 수 있습니다.
3. 지불: 저희는 제공하는 서비스에 대한 지불을 얻기 위해 의료 정보를 사용할 수 있습니다.
4. 건강 관리 운영: 저희는 의료 행위를 진행하기 위해 의료 정보를 사용 할 수 있습니다. 예를 들어, 저희가 제공하는 진료의 질 또는 전문직 직원 품질 및 역량을 검토하고 개선하기 위해 의료 정보 사용 및 공개할 수 있습니다.
5. 예약 알림: 저희는 귀하에게 연락하여 다음 예약을 상기시켜주기 위해 의료 정보를 사용 및 공개 할 수 있습니다. 메시지를 남길 시 의료 정보를 공개하지 않습니다.
6. 방문 기록지: 방문 시 기록을 남기기 위해 귀하에 의료 정보 사용 및 공개를 할 수 있습니다. 귀하를 불 준비가 되면 이름을 부를 수도 있습니다.
7. 전자우편: 귀하에게 이메일을 통해 연락할 수 있습니다
8. 마케팅: 귀하의 치료, 진료 조정, 사례 관리와 관련된 제품 및 서비스에 관하여 연락할 수 있습니다.
9. 법적 요구: 법으로 요구되는 대로 귀하에 의료 정보 사용 및 공개 할 것이지만 요구 사항에 따라 사용 또는 공개를 제한 할 것입니다. 의심되는 용의자, 물질적인 증인, 실종자 식별 또는 탐색을 위해 법률 관계자에게 의료 정보 공개를 해야 할 수 도 있습니다
10. 사법 및 행정 절차: 법원이나 행정명령에 의해 승인된 범위 내에서 행정 또는 사법 절차 중에 귀하의 건강 정보를 공개 할 수 있습니다. 때로는 법으로 요구될 수 있습니다
11. 공중 위생: 보건 당국에 귀하에 건강 정보를 공개 할 수 있으며 때로는 법적으로 요구 될 수 있습니다. 질병, 상해 또는 장애 예방 및 통제; 아동, 노인 또는 부양 가족의 학대 및 방치; 가정 폭력 신고; 제품에 FDA 문제 신고; 약물 반응 및 질병이나 감염 노출 신고에 의해 건강 정보가 공개 될 수 있습니다.
12. 식품 의약국 (FDA): 식품 의약국 또는 식품 의약국이 규제하는 단체에 의료기기나 약물 관련된 유해 사례 또는 결함을 보고 하기 위해 귀하(연구 환자에게만 해당)의 건강 정보가 공개 될 수 있습니다.



기타 의료 정보 사용:

공지에서 다루지 않은 의료 정보 사용 및 공개 또는 우리에게 적용되는 법률은 귀하의 서면 허가를 받은 경우에만 이루어질 것입니다. 사용 허락한 의료 정보 사용 및 공개는 언제든지 서면으로 해당 허가를 취소 할 수 있습니다. 허가를 취소하면 저희는 귀하의 의료 정보를 더 이상 사용하거나 공개하지 않습니다. 이미 귀하의 허락 하에 공개된 내용은 되돌리 수 없고 제공된 진료 기록을 보관해야 하는 것을 이해합니다

공지의 변화:

저희는 공지를 변경할 권리가 있습니다. 저희가 가지고 있는 귀하의 의료 정보와 앞으로 받게 될 정보의 관한 공지를 개정 및 변경할 권리가 있습니다. 이 공지는 효력 발생일을 포함할 것입니다.

불만 사항

개인 정보보호 권리가 침해 되었다고 생각되면 캘리포니아 망막 연구소 또는 Acuity Eye 전문가에게 이메일을 통해 불만사항 제기 혹은 개인 정보 보호 책임자에게 PrivacyOfficer@retina2020.com으로 불만 사항을 제기 할 수 있습니다. 모든 불만 사항은 서면으로 제출되어야 합니다. 불만사항 제기는 귀하에게 불리하게 적용되지 않습니다.

산동제의 관한 정보

산동제는 눈동자를 커지게 하여 안과의사가 눈 속을 더 자세히 볼 수 있게 해줍니다.

산동제는 시야를 흐리게 하고 밝은 불빛이 성가시게 느껴질 수 있습니다. 또한, 사람마다 흐리게 보이는 시간이 다를 수 있으며 시각 안정화가 얼마나 걸릴지 안과의사도 예측할 수 없습니다. 검사 후 운전이 힘들 수 있기에 운전을 피하고 그에 따른 계획을 하는 것이 좋습니다.

산동제는 급성 폐쇄각녹내장 같은 부작용을 유발시킬 수 있습니다. 이런 경우는 매우 희박하며 즉각적인 치료로 치료 가능합니다

본인은 본인의 의사 혹은 의사의 보조에게 산동제를 받는 것을 허락합니다. 산동제가 본인의 진단에 필요하다는 것을 이해합니다.

환자 또는 환자 대표 서명

날짜

환자 성명

환자 대표자 성명 또는 환자와의 관계 (있다면)



사무 재무 정책

저희의 목표는 좋은 의사-환자 관계를 제공하고 유지하는 것입니다. 저희 사무실 정책은 원활한 의사소통을 가능케 하며 목표를 달성할 수 있다는 것을 알려드립니다. 주의 깊게 읽고 질문이 있으시면 언제든지 저희 직원에게 문의하십시오.

1. 방문 도착 시 안내 데스크에서 서명과 보험카드를 제출하시기를 부탁 드립니다. 카드 사본 서명과 날짜를 물을 것입니다. 이것은 보험 확인 및 보험 청구에 대한 동의 여부를 확인하는 것입니다. 지정한 보험회사가 부정확할 경우, 본인이 방문 비용을 지불하고 맞는 곳에 청구 하셔야 됩니다.
2. 귀하의 보험에 따르면 모든 공동 지불액, 공제액 및 공동 보험금에 대한 책임은 본인에게 있습니다
3. 본인의 혜택은 본인이 알고 있어야 할 책임이 있습니다. 전문가를 만나기 위해 서면의 추천이나 승인이 필요한지 본인이 알아야 하며 또는 서비스에 관련된 사전 승인이 필요한지, 어떤 서비스가 적용되는지 본인이 알고 있어야 합니다.
4. 저희 의사가 귀하의 보험에 참여되어있지 않으면 본인이 사무 방문 시 전액 지불하셔야 합니다. 예약된 방문일 경우 방문 전 사전 잔액을 지불 하셔야 합니다.
5. 보험이 없다면 방문 요금은 방문 시 지불하시면 됩니다.
6. 공동부담자의 부담은 서비스 받는 당일까지 입니다. 서비스 받는 당일 혹은 다음 영업일 까지 지불되지 않을 시 추가 경비가 붙습니다.
7. 환자 본인 부담 금액은 보험 혜택 설명 영수증에 즉시 청구 됩니다. 청구서 수취 한 날로부터 10 일 이내에 지불하셔야 합니다.
8. 저희가 제공하는 모든 서비스가 모든 보험의 적용을 받지 않습니다. 포함되지 않은 서비스의 관한 비용은 본인 부담입니다.
9. 본인은 사무 재무 정책에 관하여 읽고 이해하였으며 약정 된 지불에 대한 책임에 대해 동의 합니다.

환자 또는 환자 대표 서명

날짜

환자 성명

환자 대표자 성명 또는 환자와의 관계 (있다면)



보험/공동 지불 차이 공지

본인은 보험에 포함되지 않은 서비스를 받았을 경우 해당 결재는 본인 부담인 것을 인정합니다. 본인의 보험에 변화가 있을 시 RIC 혹은 AES 에게 알려줄 책임이 있다는 것을 이해합니다. 보험의 변경에 대해 알려주지 않았을 경우, 서비스의 관한 청구는 본인의 책임이며 고지서는 우편으로 올 것을 이해합니다. 보험에서 전액지불 안될 시 잔액은 본인 혹은 공동부담자가 지불해야 하는 것을 알고 있습니다

환자 또는 환자 대표 서명

날짜

환자 성명

환자 대표자 성명 또는 환자와의 관계 (있다면)

취소 정책

각 환자마다 시간을 별도로 지정해 두는 것을 이해 부탁드립니다. 적어도 24 시간 전에 예약 취소 하지 않을 경우 취소비용 \$25 이 첨부 됩니다. 협조해주셔서 감사합니다.

본인은 취소 정책에 관해 읽고 이해를 했으며, 위에 나온 시간대로 금액을 지불하는 것을 승인합니다.

환자 또는 환자 대표 서명

날짜

환자 성명

환자 대표자 성명 또는 환자와의 관계 (있다면)



환자 병력

약물, 알레르기, 수술	
약물 알레르기? [] 예 [] 아니요	수술? [] 예 [] 아니요
만약 약물 알레르기가 있을 시 경우 해당 약물과 알레르기 반응을 써주십시오 (예: 페니실린, 술파제, 등)	만약 수술을 받은 적이 있으시면 받은 수술을 써 주십시오 (예 편도선 절제술, 맹장 수술, 백내장, 등)

병력	
입원한적 있으십니까? [] 예, 날짜와 이유를 작성해 주십시오. [] 아니요	
날짜	이유

다음 조건 중 진단 받은 적이 있으십니까? (해당되는 것 체크)

<input type="checkbox"/> 빈혈증 <input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 암(아래 명시해주십시오) <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 대장염 <input type="checkbox"/> 크론병 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 기종 <input type="checkbox"/> 뇌졸중(발작)	<input type="checkbox"/> 갑상선종 <input type="checkbox"/> 심장 잡음 <input type="checkbox"/> 심장질환 <input type="checkbox"/> 간염 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 고 콜레스테롤 <input type="checkbox"/> 후천성 면역 결핍 증후군 (에이즈) <input type="checkbox"/> 저갑상선증 <input type="checkbox"/> 황달 <input type="checkbox"/> 신장병	<input type="checkbox"/> 신장결석 <input type="checkbox"/> 백혈병 <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 건선 <input type="checkbox"/> 폐색전 <input type="checkbox"/> 류마티스성 열 <input type="checkbox"/> 복부 혹은 위궤양 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 폐결핵
--	--	---

다른 질병:

사회 기록 (해당되는 항목 체크)
<input type="checkbox"/> 흡연, 하루에 _____ 갑을 _____ 년 동안 피웠다. <input type="checkbox"/> 술 <input type="checkbox"/> 불법 약물, 명확하게: _____, _____, _____, _____



전반적 문제 검토

최근 한달 동안, 다음 문제들이 있었습니까? (해당되는 항목 체크)

<p>일반</p> <input type="checkbox"/> 최근 체중 증가 <input type="checkbox"/> 최근 체중 감소 <input type="checkbox"/> 피로 <input type="checkbox"/> 힘없음 <input type="checkbox"/> 열 <input type="checkbox"/> 식은땀	<p>목</p> <input type="checkbox"/> 잦은 인후염 <input type="checkbox"/> 목쉰 것 <input type="checkbox"/> 삼키는데 어려움 <input type="checkbox"/> 턱에 통증	<p>복부와 장</p> <input type="checkbox"/> 어지러움 <input type="checkbox"/> 속 쓰림 <input type="checkbox"/> 배 통증 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 황달 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 지속적인 설사 <input type="checkbox"/> 피똥 <input type="checkbox"/> 까만 똥	<p>귀</p> <input type="checkbox"/> 귀 울림 <input type="checkbox"/> 청각 감소
<p>근육/관절/뼈</p> <input type="checkbox"/> 저림 <input type="checkbox"/> 관절 통증 <input type="checkbox"/> 근력 저하 <input type="checkbox"/> 관절 종창	<p>심장과 폐</p> <input type="checkbox"/> 가슴 통증 <input type="checkbox"/> 고동 <input type="checkbox"/> 숨가쁨 <input type="checkbox"/> 기절 <input type="checkbox"/> 다리/발 붓기 <input type="checkbox"/> 기침	<p>신경</p> <input type="checkbox"/> 머리아픔 <input type="checkbox"/> 어지러움 <input type="checkbox"/> 기절/의식 잃음 <input type="checkbox"/> 저림 또는 얼얼함 혹은 기억력 상실	<p>피</p> <input type="checkbox"/> 빈혈증 <input type="checkbox"/> 혈전
<p>눈</p> <input type="checkbox"/> 통증 <input type="checkbox"/> 적열 <input type="checkbox"/> 시력 저하 <input type="checkbox"/> 흐릿한 시야 <input type="checkbox"/> 건조	<p>피부</p> <input type="checkbox"/> 적열 <input type="checkbox"/> 발진 <input type="checkbox"/> 결절 <input type="checkbox"/> 머리 빠짐 <input type="checkbox"/> 손/발 색 변화	<p>신장/음부/방광</p> <input type="checkbox"/> 잦은/고통스러운 배뇨 <input type="checkbox"/> 피 섞인 배뇨 <input type="checkbox"/> 발기부전 <input type="checkbox"/> 실금 <input type="checkbox"/> 감염	<p>정신 의학</p> <input type="checkbox"/> 우울증 <input type="checkbox"/> 불안증 <input type="checkbox"/> 조울증 <input type="checkbox"/> 불면증 <input type="checkbox"/> 환각 <input type="checkbox"/> 방향 감각 상실

가족 기록

가족 구성원 중에 해당 병 진단을 받은 적이 있습니까? (해당되는 항목 체크)

<p>아버지</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 시력 감퇴 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 다른 병: _____	<p>형/오빠</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 시력 감퇴 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 다른 병: _____	<p>딸</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 시력 감퇴 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 다른 병: _____
--	---	--

**어머니**

- 녹내장
 백내장
 시력 감퇴
 당뇨병
 고혈압
 암
 관절염
 심장병
 다른 병: _____

누나/언니

- 녹내장
 백내장
 시력 감퇴
 당뇨병
 고혈압
 암
 관절염
 심장병
 다른 병: _____

아들

- 녹내장
 백내장
 시력 감퇴
 당뇨병
 고혈압
 암
 관절염
 심장병
 다른 병: _____