

Sunset Eye Clinic, LLC Patient information
 1865 NW 169th Suite 105
 Beaverton, OR 97006
 Phone 503 533-8441
 Fax 503 533 8403

저희 안과에 방문하여 주셔서 감사합니다!
Welcome to our office!

환자이름 (Patient name) _____ 날짜(Date): ____/____/____
 생년월일 (Date of Birth) ____/____/____ 보험 (Insurance) ID # _____
 주소 (Address) _____ 전화 번호 (Home Phone) _____
 City/ State/ Zip _____ 직장 번호 (Work Phone) _____
 이메일 주소 (E-mail) _____

Person responsible for payment (Other than insurance)

결제하는 사람 이름 _____

Please check here if billing address is different from the address listed above.

청구지 주소가 위 주소와 다르면 체크하여 주세요

Whom may we thank for referring you to our office?

어떻게 저희 안과를 소개 받으셨나요?

다른 의료병원 (other health care professional) _____

가족 (Family member) _____

인터넷 (Internet)

친구 (Friend) _____

전화 번호부 (Yellow pages)

다른 소개로 (Other) _____

보험 목록 (Insurance list)

Insurance information (보험정보)

안과 보험 (Vision Care Insurance)

Name of the company _____ Phone # _____
 보험회사 이름 _____ 전화 # _____

Name of Insured _____
 보험 가입자 이름 _____

Group or Employer Name _____ Phone # _____
 그룹 # 혹은 고용주 이름 _____ 전화 # _____

주요 의료보험 (Major Medical Insurance)

Name of the Company _____ Phone # _____
 보험회사 이름 _____ 전화 # _____

Name of Insured _____
 보험 가입자 이름 _____

Group # or Employer Name _____ Phone # _____
 그룹 # 혹은 고용주 이름 _____ 전화 # _____

Payment Policy (지불 정책)

Payment is due at the time of service. We accept cash, checks, Visa, and MasterCard. If you have insurance, we will be happy to bill the estimated portion your insurance covers; the remaining balance is due at the time of service. Your carrier is your best source of information regarding benefits and eligibility.

지불은 방문하신날에 하시게됩니다. 현찰, 수표, 신용카드 (비자/ 마스터카드)로 지불하실 수 있습니다. 보험이 있으신 경우, 보험처리후에 예상되는 비용을 청구해드립니다. 보험처리 후 잔고는 방문하신날 지불하시게 됩니다. 보험 혜택 및 자격은 보험회사에 문의하시는 것이 가장 정확합니다.

서명 (Signature) _____ 날짜 (Date) ____/____/____

SUNSET EYE CLINIC, LLC

CONSENT TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION FOR TREATMENT, PAYMENT AND HEALTH CARE OPERATIONS.

치료, 지불 및 건강 관리를 위한 의료기록을 사용 또는 공개에 대한 동의서

환자 이름 (Patient Name) : _____

In the course of providing service to you, we create, receive and store health information that identifies you. It is often necessary to use and disclose your health information for treatment purposes. This not only includes care and services provided here, but also may be necessary for you to receive follow-up care from another health professional. Similarly, the use and disclosure of your health information may be needed for processing claims, determining benefits, and/or obtaining payment from a third party.

서비스를 제공하는 과정에서 신분을 확인하기 위하여 의료기록을 작성하고 수집하고 보관하게됩니다. 필요에 따라서는 치료의 목적을 위하여 정보를 사용하거나 공개하게 됩니다. 여기서 서비스를 제공하는목적 외에도 차후에 다른 병원에서 의료상담을 받으실 때나 보험관계나 처리시에 제3자 제공이 필요할 수 있습니다.

When you sign this consent document, you agree that Sunset Eye Clinic may use and disclose your health information to treat you, to obtain payment for our services, and to perform health care referrals. By signing, you also agree that a copy of the Notice of Privacy Practice was available for you to read. If you have any questions regarding the Notice of Privacy Practice, please ask the receptionist.

본 동의서에 서명하시는 것은 저희 Sunset Eye Clinic 안과에서 치료, 지불 및 건강 관리를 위하여 의료기록을 사용하고 공개하는것에 동의 하시게 됩니다. 또한 서명함으로써, 개인정보 보호 관행공지가 제공되었다는 것에 동의 하게 됩니다. 만약 개인정보 보호 관행공지에 대하여 질문사항이 있으시면 접수안내에 문의하시길 바랍니다.

If you sign this authorization, you may revoke this consent in writing at any time unless we have already performed actions in reliance with this consent.

이곳에 서명하시면, 동의서에 의해 이미 정보가 사용되지 않은 한 언제든지 서면으로 동의서를 취소하실 수 있습니다.

I _____, HAVE READ AND UNDERSTAND THIS CONSENT DOCUMENT. I CONSENT TO THE USE AND DISCLOSURE OF MY HEALTH INFORMATION FOR PURPOSES OF TREATMENT, PAYMENT, AND HEALTH CARE OPERATIONS. I HAVE READ AND UNDERSTAND SUNSET EYE CLINIC'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICE.

저 _____ 는 위 동의서를 읽고 이해했습니다. 저는 의료기록을 치료, 지불 및 건강관리를 목적으로 하여 사용하고 공개하는것에 동의합니다. 저는 Sunset Eye Clinic 의 개인 정보 보호 관행공지를 읽고 이해했습니다.

Date
날짜 _____

Signature
서명 (환자/ 보호자) _____