

Date of Service (오늘 날짜):

COVINA VALLEY UROLOGIC MEDICAL GROUP, INC.
ADULT AND PEDIATRIC UROLOGY

저희 코비나 비뇨기과에 오심을 진심으로 환영합니다. 아래의 모든 질문들에 정확한 답을 주심으로 귀하의 건강 회복에 최선의 도움을 드리하고자 합니다.

Last Name (성): _____ First Name(이름): _____ M.I. _____

Date of Birth(생일): ____/____/____ (월, 일, 년) Referring Doctor(주치의 내과) _____

Race/Ethnicity(국적) _____

What is (are) the reason (s) for your visit today? (오늘 무엇때문에 오셨습니까?)

ALLERGIES (알러지)

-Are you allergic to any of the following? (알러지/ 부작용 이 있는 모든약들 에 체크하세요):

- Lidocaine (라이도 케인) / Novacaine (노바케인) Latex (레이텍스)
 Iodine/IV Contrast (아이오 다인/컨트레스트)

-Please list All other allergy to medications.

(이외에 알러지/부작용 있는 모든 약들을 기록하세요)

Do you have easy tendency to bleed or problem with blood clotting?

(쉽게 출혈 하시거나 혈액응고 문제가 있으십니까?) Yes (예) No (아니오)

CURRENT MEDICATIONS (현재 복용하시는 모든약들에 체크 하세요):

- Aspirin (아스피린) Baby Aspirin (베이비 아스피린) Ecotrin (애코트린)
 Anacin (아나신) Effient (애피앤티) Excedrin (엑세드린)
 Motrin (모트린) Ibuprofen (아이버 프로펜) Advil (아드빌)
 Coumadin (쿠마딘) Plavix (프라빅스) Pradaxa (프라닥사)
 Warfarin (와파린)

Please list All other medications you are currently taking including over the counter meds.

(이외에 현재 복용 하시는 모든 약 이름과, 복용량, 그리고 하루에 몇번 드시는지 횟수를 모두 기록하세요.)

- Pharmacy Name (약국 이름): _____ Phone (전화 번호): _____

-Pharmacy Address or cross streets & city (약국 주소 혹은 약국이 위치한 길 이나 도시 이름):

PAST MEDICAL HISTORY (과거 병력)

Please CHECK if you have or have had any of the following diseases or conditions.

(과거, 혹은 현재에 다음과 같은 병 을 앓으셨다면 해당항목에 모두 체크하세요.)

- Heart Attack (심장마비) Heart Disease (심장병) Hypertension (고혈압)

- Stroke (뇌졸중) Diabetes (당뇨) Asthma (천식)
- Emphysema (기종) Thyroid Problems (갑상선)
- Parkinson's Disease (파킨슨 병) Multiple Sclerosis (다발성 경화증)

Please list any other Past Medical History (이외의 모든 병들을 기록하세요):

SURGICAL HISTORY (받으신 수술들을 모두 기록 하세요):

-Have you had any problems with any form of anesthesia? (마취약에 부작용 이 있습니까?):

- Yes (예) No (아니오)

FAMILY HISTORY (가족 병력)

Please Check and indicate which family member has / had any of the following.

(가족중 아래의 병을 앓으신 분이 있으시면 모두 기록하세요. 아버지, 어머니, 형제, 할아버지, 할머니, 삼촌, 고모, 이모, 등등... 가족 관계로 답하세요.)

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Asthma (천식) _____ | High Blood Pressure (고혈압) _____ |
| Bedwetting (야뇨증) _____ | Kidney Cancer (신장암) _____ |
| Bladder Cancer (방광암) _____ | Kidney Disease (신장병) _____ |
| Breast Cancer (유방암) _____ | Prostate Cancer (전립선 암) _____ |
| Heart Attack (심장마비) _____ | Parkinson's Disease (파킨슨 병) _____ |
| Diabetes (당뇨) _____ | Stoke (뇌졸중/중풍) _____ |
| Heart Disease (심장병) _____ | Tuberculosis (결핵) _____ |

SOCIAL HISTORY (사회 생활력)

-Marital Status (결혼 신분): Please indicate years (년 수로 답하세요):

- Single (독신) _____ Married (결혼) _____ Separated (별거) _____ Divorced (이혼) _____
 Widowed (사별) _____ Life Partner (동거) _____ Common Law Spouse (계약결혼) _____

-Occupation (직업) _____

-Alcohol Consumption (음주):

- No (아니오) Yes (예) Occasional (가끔) Social (사교로)

Number of Drinks Per Day (하루에 몇잔 정도?) _____

-Tobacco per day (흡연): No (아니오) Yes (예)

Number of Packs/Day (하루에 몇갑정도?) _____ Number of Years (흡연 년수?) _____

-If you previously stopped, when? (흡연을 끊으신적이 있습니까? 언제?) _____

-Recreational Drugs (오락용 약물):

- No (아니오) If yes, please list (어떤 약물을 복용하십니까?) _____

REVIEW OF SYSTEMS (전신 병력) 해당 항목에 모두 체크하세요

Constitutional

- Chills (오한) Easy Bruising (쉽게 멍이듬) Fever (열) Sleep Apnea (수면 무호흡 증)

Endocrine

- Excessive thirst (심한 갈증) □ Tired/Sluggish (피로/부진함) □ Too Hot/Cold (너무 덥거나 추움)

Genitourinary

- Burning on Urination (소변중 심한 따끈거림)
- Urinary Frequency (소변 잦음) □ Urine Retention (소변 유지/참기 어려움)

Hematological/Lymphatic

- Swollen Glands (림프절 부음) □ Blood Clotting Problem (혈액 응고 문제) □ Hepatitis (간염)
- Bleeding Problem (출혈 질환) □ HIV/AIDS (에이즈) □ Sickle Cell (셀 낫)

Eyes

- Blurred Vision (시력 흐림) □ Double Vision (이 중 보임) □ Pain (눈 통증)

Gastrointestinal

- Abdominal Pain (복통) □ Nausea/Vomiting (메스꺼움/구토)

Respiratory

- Asthma (천식) □ Emphysema-Bronchitis (폐기종 기관지염) □ Pneumonia (폐렴)
- Shortness of Breath (숨가쁨) □ Tuberculosis (폐 결핵)

Neurological

- Dizzy Spells (현기증) □ Numbness/Tingling (피부 무감각/따끔거림) □ Tremors (몸 부분 떨림)

Cardiovascular

- Chest Pain / Angina (협심증) □ Heart Attack (심장 마비)
- Heart Murmur (심장 잡음) □ Irregular Heart Beat (불규칙한 심장 박동)

Psychologic

- Anxiety (걱정/불안) □ Depressed (우울증) □ Generally Satisfied With Life (보통 만족한 삶)

COVINA VALLEY UROLOGIC MEDICAL GROUP, INC.

ADULT AND PEDIATRIC UROLOGY

STATEMENT OF PATIENTS FINANCIAL RESPONSIBILITY

(환자 비용지불 책임서)

Covina Valley Urologic Medical Group, Inc. welcomes you to our practice. We work hard to provide the highest quality care to you. Your clear understanding of our financial policy is very important to our professional relationship. Please remember that our contract for service is with you, and it is our policy that you are responsible for our fees regardless of insurance coverage.

(코비나 벨리 비뇨기과 에 오심을 환영합니다. 저희는 귀하의 건강 회복에 최선을 다합니다. 저희의 비용 지불 정책에 대한 귀하의 바른이해는 매우 중요 합니다. 귀하가 받으시는 서비스는 귀하와의 계약이며 따라서 보험혜택의 범위와 상관없이 비용지불의 책임은 귀하에게 있다는 것을 기억 하시기 바랍니다)

Insurance Coverage

(보험 혜택 범위)

It is your responsibility to be aware of your insurance coverage, policy provisions, exclusions and limitations as well as authorization requirements. This information is furnished by the insurance carrier. (귀하는 보험에 대한 모든 혜택, 해당되고, 되지않는 혜택의 모든범위, 혜택을 받으시기 위한 권한 부여를 요구하셔야할것, 등등 보험의 모든 것들에 관한 정보를 귀하의 보험을 통해 아시고 계셔야할 책임이 있습니다)

We attempt to verify that your coverage is valid at the time of your visit. However, if your coverage is not in effect at the time of your visit, the financial responsibility is yours.

(저희는 귀하의 보험혜택의 유효함을 방문시에 확인하나, 방문당시 혜택이 무효 할시에는 비용지불에 책임은 귀하에게 있습니다)

Insurance Changes

(보험 변동 상황)

If you have had any changes in your insurance coverage-even if there is only a small change in the co-payment amount or a change in the expiration date of the policy - you must notify us. Even a small discrepancy on the claim form can lead to a claim denial.

(귀하의 보험에 관한 어떠한 변경에도 - 아주 작은 요금 이라도, 코페이 (부담금 의 변경이나 보험 유효의 날짜 변경 등등을 - 저희에게 알려셔야 합니다. 혜택 청구서에 잘못된 정보는 아주 작은 것 이라도 거절시킬 원인 이 될수 있습니다)

Co-Payments, Co-Insurance and Deductibles

(코페이, 공동 보험, 디덕터블/부담금)

Co-Insurance and co-payments are the **patient's responsibility**. Co-Payments are due at the time of visits.

(공동 보험 과 코페이는 귀하의 책임입니다. 코페이는 방문시 지불하십니다)

Deductible are **patient's responsibility**. The deductible is determined by the contract you have with your insurance carrier. We do not know how much each person's deductible is and how much has been met at the time of your visit.

(디덕터블/부담금 은 귀하의 책임입니다. 부담금은 귀하와 보험회사와의 계약 임으로 저희는 알수가 없습니다. 그에관한 정보는 방문시에도 제공될수 없습니다)

You will be responsible for a \$25.00 service fee if the bank returns your check for non-payment.

(귀하의 지불된 수표가 자금부족 으로 돌아올 시에는 \$25.00 서비스 비용의 책임이 있습니다)

Commercial Insurances

(상업 보험)

Although Covina Valley Urologic Medical Group, Inc. may participate with third party payment plans; we perceive your insurance coverage as a contract between the insurance company and you. We will bill your insurance company as a courtesy, however if collection of payment is denied, the responsibility will be placed immediately on you the patient.

(저희 코비나 벨리 비뇨기과는 귀하의 비용을 제삼의 보험에게 청구를 하지만 청구된 비용이 거절될 시에는 비용에 대한 책임은 즉시로 환자이신 귀하에게 있습니다. 보험의 혜택범위는 귀하와 보험과의 계약이기 때문 입니다)

Medicare

(매디케어)

We participate and accept assignment with Medicare B. Any portion of the deductible that has not been met is your responsibility. Patients without a secondary insurance are responsible for the 20%.

(저희는 매디케어 B 의 할당에 참여합니다. 지불되지 않은 모든 디덕터블/부담금 은 환자의 책임입니다)

제 이의 보험이 없으신 분은 20%의 부담 책임이 있습니다)

HMO Insurance

(HMO 보험)

We will submit charges for HMO insurance, however, co-pay amounts will be collected prior to your scheduled appointment. In order to be seen by the physician, any referrals required by your insurance company must be in our office before or at the time of the exam. Otherwise you will be responsible for the charges from your visit or your appointment can be rescheduled.

(저희는 HMO 보험에 비용 청구를 하지만 코페이 는 귀하의 방문 예약전에 받습니다. 의사 선생님의 진료를 받으시려면 보험회사가 요구하는 작성된 청구서/ 레퍼럴 을 방문전 혹은 방문시에 가지고 오시면 됩니다. 혹 없으실시 비용 책임은 귀하에게 있으며 아니면 방문을 다시 예약 하셔야 됩니다)

Self Pay

(본인 지불)

Patients with no insurance coverage are expected to pay in full at the time of services.

(보험이 없으신 환자들은 서비스를 받으시는 방문시 모두 지불 하셔야 합니다)

Patient Balances

(지불되지않은 잔고)

Payment is due upon receipt of statement. Outstanding balances are due prior to the next appointment. (Unless prior arrangements have been made with our billing department) Balances not paid within the 28 days of the initial billing may be subject to a late fee.

(모든 비용은 지불 청구서를 받은 직후 지불 되어야 하며, 모든 잔고는 다음 예약 방문전에 지불되어야 합니다-- 저희 청구부서와 다른 지불 예약이 되어 있지 않은한에 있어서. 청구된지 28일이 넘는 잔고는 연체료가 추가됩니다)

Laboratory Bills

(실험 검사 비용)

I understand the outside reference laboratory will bill me directly for all laboratory tests performed by **Covina Valley Urologic Medical Group, Inc.**

(코비나 벨리 비뇨기과 에서 받으신 실험 검사는 코비나 벨리 비뇨기과와 관계한 외부 실험실에서 검사 비용을 귀하에게 직접 보내드립니다)

Authorization for Assignment of Benefits and Release of Information

(보험 혜택과 정보 제공 권한 부여서)

I hereby authorize and direct payment of my medical benefits to Covina Valley Urologic Medical Group, Inc. for any services furnished to me by the physicians. I authorize the physician to release any information, including diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to my child or me during the period of such medical services to third party payers and/or health practitioners. In the event that my health plan determines a service to be "not covered", I will be responsible for the complete charge. I agree to be responsible for payment of all unpaid services rendered on my behalf or my dependents, including fees for collection services needed.

(본인은 코비나 벨리 비뇨기과의 의사에게서 받은 모든 진료와 서비스를 본인의 건강 혜택을 통하여 직접 지불될 권한을 코비나 비뇨기과에게 부여하며 또한 본인 혹은 본인의 자녀가 받은 모든 진료와 치료 보고서를 제삼의 지불자나 의료 전문 이에게 제공할 권한을 의사에게 부여 합니다. 본인의 건강 혜택 플랜을 통하여 혜택을 받지 못할시에는 본인 혹은 본인의 자녀가 비뇨기과를 통하여 받은 모든 서비스 또한 청구 서비스 비용을 본인이 책임질것을 동의 합니다)

환자 /책임자 서명 (싸인)

날짜

Authorization of Payments

(지불권한 부여서)

I understand that Covina Valley Urologic Medical Group, Inc. will assist me in submitting my claim to my insurance carrier. I hereby authorize payment directly to Covina Valley Urologic Medical Group, Inc. and its physician(s) of medical benefits, otherwise payable to me for services provided. I understand that I am financially responsible for my health insurance deductibles, co-insurance and non-covered services.

(본인은 코비나 벨리비뇨기과가 본인의 보험에 청구서를 요구하는데 협력 할것을 이해합니다. 또한 본인의 보험이 코비나 벨리 비뇨기과와 의사 (들) 에게 직접 지불될것을 허락합니다. 보험의 디덕터블(부담금)과 공동 보험과 혜택받지 못한 서비스들에 대한 책임은 본인에게 있다는 것을 이해합니다)

환자/책임자 서명 (싸인)

날짜

Payment Options: Cash, Check, Visa or MasterCard

(지불 선택: 현금, 수표, 비자, 메스터 카드)

I have read the above Patient Financial Responsibility Form and as a patient or legal guardian of a minor or impaired patient, I understand that regardless of any insurance coverage I may have, I am responsible for payment of my account. I have read, understand, and agree to the above Financial Responsibility Form in accordance with the term and conditions set forth in the policy of this office. I also hereby attest that I have given accurate insurance information to the best of my knowledge for complete and timely payment.

(본인은 환자의 지불 책임서를 읽었고 환자로서 혹은 장애자의 법적인 보호자로서 본인이 어떠한 보험 혜택을 가지고 있던지 비용을 지불할 책임이 있음을 이해하며 알고 있습니다. 본인은 비용 책임서에 기록된 코비나 정책의 모든 기간과, 조건, 을 읽었고, 이해하며, 또 책임 있음에 동의합니다. 또한 모든 비용을 주어진 시간내에 지불될수 있도록 본인이 알고있는 최선의 정확한 정보를 모두 주었음을 선언 합니다)

환자/책임자 (싸인)

날짜

책임자 (프린트)

환자와의 관계

I understand that my Health insurance carrier may not pay for certain charges generated for services provided by Covina Valley Urologic Medical Group, Inc. The denial of payment may occur even if the provider believes certain services are medically necessary based on the prevailing standard of good medical care. These non-covered services may include but are not limited to the evaluation of, diagnostic testing for and the management of: erectile dysfunction, and infertility. I acknowledge that it will be my responsibility to pay for charges and cost incurred in total.

(본인의 보험이 코비나 벨리비뇨기과에서 받은 서비스를 지불하지 않을수 있다는것을 이해합니다. 혜택받지 못하는 서비스중, 발기부전, 불모 등등 을 포함하고, 또 이들을 평가하고, 진단하며 관리하는 서비스와 이외에 환자에게 필요하며 보통 표준적 널리행하여지는 합당한 서비스들도 보험 혜택을 받지 못할수 있다는것을 이해합니다. 따라서 본인은 이에 따른 모든 비용에 책임있음을 인정합니다)

Vasectomy procedures that are not covered by your insurance companies will be charged \$500.00 and paid prior to the procedure. If your insurance carrier pays only a portion, you will be responsible for up to the \$500.00. (정관수술은 보험의 혜택을 받지 못할시 수술받기전 \$500.00 선불입니다. 부분적인 혜택시에는 귀하에게 최고 \$500.00 까지의 책임이 있습니다)

Completion Of Forms I understand that there will also be a charge of \$20.00 for the filling out of life insurance, disability insurance and all other forms requiring the staff or physician. I understand that this charge is for each form or letter that Covina Valley Urological Medical Group, Inc. is requested to fill out.

(서류작성 : 본인은 생명보험, 장애보험, 등등, 코비나 벨리 비뇨기과의 의사나 사원으로인해 작성되는 모든 서류에 \$20.00 의 작성비가 있음을 알고 있습니다)

Patient Name (환자 서명)

Date (날짜)

Employee Initial