

환자 인터뷰 양식

환자 정보

생년월일 : _____ 주소: _____

전화: _____ 이메일: _____

비상 연락처: _____ 주치의: _____

인종

☐ 백인 ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 아시안 ☐ 히스패닉 또는 라틴계 ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

☐ 하와이안 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 ☐ 혼혈 ☐ 기타 ☐ 알수 없음 ☐ 정보 제공 거부

민족성

☐ 히스패닉 또는 라틴계 ☐ 히스패닉 또는 라틴계가 아님 ☐ 정보 제공 거부

성별

☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 기타

선호하는 언어

☐ 영어 ☐ 프랑스어 ☐ 포르투갈어 ☐ 스페인어 ☐ 크리올어 ☐ 기타: _____

약국

이름: _____ 전화번호: _____

현재 약제

☐ 없음

이름	복용량	복용 기간?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

과거 또는 현재 질병

☐ 없음

☐ AICD/심박조율기

☐ 출혈 문제

☐ 간경변

☐ 게실염

☐ 녹내장

☐ HIV/에이즈

☐ 폐질환

☐ 수면 무호흡증

☐ 궤양성 대장염

☐ 빈혈증

☐ 대장암

☐ 대장 용종

☐ 지방간

☐ 심장 질환

☐ 과민성 대장 증후군

☐ 다발성 경화증

☐ 위/십이지장 궤양

☐ 기타 _____

☐ 관절염

☐ 암 - 기타

☐ 크론병

☐ 섬유근통

☐ 간염

☐ 신장 질환/실패

☐ 신경 장애

☐ 뇌졸중

☐ 천식

☐ 체강 질병

☐ 우울증

☐ 담낭 질환

☐ 고혈압

☐ 유당 불내성

☐ 췌장염

☐ 결핵

☐ 자가면역 질환

☐ 가슴 통증

☐ 당뇨병

☐ 위식도 역류성 질환

☐ 높은 콜레스테롤

☐ 간 질환

☐ 전립선 비대

☐ 갑상선 질환

알러지

☐ 환자는 알려진 알레르기가 없음

☐ 아스피린

☐ 페니실린

☐ 코데인항산염

☐ 술파(설펜아미드약)

☐ 달걀

☐ 유액

☐ 요오드/요오드 함유 제품

☐ 콩

☐ 모르핀

☐ 기타: _____

진단 연구 / 테스트

☐ 없음

☐ 대장 내시경

언제:

☐ EUS

언제:

☐ EGD

언제:

☐ 소형 내시경

언제:

☐ ERCP

언제:

☐ 스트레스 테스트

언제:

☐ 간생검

언제:

☐ 초음파 심장 진단도

언제:

☐ 소장 내시경

언제:

언제:

과거 수술

☐ 없음

☐ 복강 형성술(배,턱)

언제:

☐ 관상 동맥 바이패스 수술

언제:

☐ 자궁 절제술 수술

언제:

☐ 위

언제:

☐ 갑상선

언제:

☐ 맹장 수술

언제:

☐ 유방

언제:

☐ 대장절제

언제:

☐ 사타구니 탈장 교정

언제:

☐ 제대 탈장 봉합술

언제:

☐ 비만 치료 수술

언제:

☐ 제왕절개

언제:

☐ 횡경막 탈장 봉합술

언제:

☐ 난소 수술

언제:

☐ 기타

☐ 유방

언제:

☐ 대장절제

언제:

☐ 쓸개 수술

언제:

☐ 전립선

언제:

☐ 방광 수술

언제:

☐ 결장조루술

언제:

☐ 치질 수술

언제:

가족 병력

☐ 가족 병력에 대한 정보 없음

가족 병력 없음

☐ 대장암

☐ 크론병

☐ 궤양성 대장염

☐ 대장 용종

☐ 간질환

건강 상태/건강

☐ 어머니

☐ 아버지

☐ 여동생/언니,누나

☐ 남동생/형,오빠

☐ 할머니

☐ 할아버지

사망 / 나이

진단

소아 지방변증

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

대장암

☐

☐

☐

☐

☐

☐

대장 용종

☐

☐

☐

☐

☐

☐

크론병

☐

☐

☐

☐

☐

☐

간질환

☐

☐

☐

☐

☐

☐

췌장암

☐

☐

☐

☐

☐

☐

위장

☐

☐

☐

☐

☐

☐

궤양 질환

☐

☐

☐

☐

☐

☐

사회사

직업:

자녀 수:

혼인 여부

☐ 미혼

☐ 기혼

☐ 이혼

☐ 별거

☐ 과부

알코올

없음

☐ 유형

주량

수

☐ 거의 않음

☐ 1주일 당 2일 미만

☐ 1주일 당 2일 이상

☐ 끊음

담배

흡연 여부

☐ 현재 매일 흡연

☐ 현재 매주 흡연

☐ 전에 흡연자

☐ 흡연 한적 없음

☐ 흡연자, 현재 상태 모름

☐ 흡연 한적이 있는지 알수 없음

유형

시작

끊음

흡연 양

빈도 수

☐ 유형

☐ 유형

☐ 유형

☐ 유형

약물 사용

☐ 없음

유형

☐ 나는 기분 전환용 약물을 사용한 적이 없습니다

☐ 나는 과거에 기분 전환용 약물을 사용한 적이 있습니다

☐ 나는 현재 기분 전환용 약물을 사용합니다

☐ 나는 약물 남용을 하고 있습니다

체계별문진

체질

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 피로

☐ ☐ 미열

☐ ☐ 체중 감소

호흡기

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 기침

☐ ☐ 숨가쁨

심혈관

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 가슴 통증

☐ ☐ 심계 항진

위장

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 가스

☐ ☐ 속쓰림

☐ ☐ 메스꺼움

☐ ☐ 구토

☐ ☐ 삼키기 어려움

☐ ☐ 배변 습관 변화

☐ ☐ 변비

☐ ☐ 설사

☐ ☐ 대변지름/실금

☐ ☐ 혈변

☐ ☐ 직장통

☐ ☐ 치질

☐ ☐ 황달

혈액학/림프관

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 쉽게 멍들/출혈

비뇨 생식기

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 짙은 오줌

근골격

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 관절 통증

외피

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 많음

신경학

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 두통

정신과

☐ 없음

네 아니오

☐ ☐ 걱정/우울증

☐ ☐ 기억 상실/혼란

예방 주사

☐ 없음

☐ 독감

언제:

☐ 대상포진 백신

언제:

☐ A형 간염

언제:

☐ 파상풍

언제:

☐ B형 간염

언제:

☐ 기타:

언제:

☐ 폐렴

언제:

☐ HPV

언제:



Gastro Health 재정 정책

다음은 Gastro Health, LLC 및 그 자회사의 재정 정책입니다. 이 문서에서 언급되는 모든 정책은 Gastro Health, LLC, 그 의사 및 서비스의 모든 자회사에 동일하게 적용되며, 여기에서는 총칭하여 "Gastro Health"라고 합니다.

보험 정보

귀하의 건강 보험은 귀하와 보험사 간의 계약입니다. 어떤 이유로든 보험사가 지불하지 않은 모든 비용은 귀하의 책임입니다. **보험 제한, 확인 검사 또는 예방 적 치료 혜택과 진단 절차 혜택의 차이, 추천 또는 사전 승인의 필요성을 포함하여 귀하의 보험 혜택을 이해하는 것은 귀하의 책임입니다.**

당사는 귀하를 대신하여 귀하를 임명하기 전에 귀하의 혜택을 확인하고 귀하의 재정적 책임을 확인하고 사전 승인을 받기 위해 모든 노력을 기울일 것입니다. 하지만 이는 결제를 보장하지 않습니다. 당사가 제공하는 모든 서비스에 대해 귀하의 보험에 비용을 청구합니다. **그러나 서비스를 받기 전에 공동 부담금, 공제액 또는 공동 보험을 포함하거나 이에 국한되지 않는 치료에 대한 재정적 책임의 일부를 지불해야 합니다.**

귀하의 이익을 위해 저희 사무실에서 수행하는 특정 서비스는 귀하의 보험 플랜에 의해 보장되지 않을 수 있습니다. Gastro Health 는 보험사에 연락하여 혜택을 확인하고 보장되지 않는 서비스를 이해하는 것이 귀하의 재정적 책임이 될 것을 제안합니다.

Affordable Care Act 마켓 플레이스에서 보험을 받고 보조금을 받았지만 유예 기간 동안 보험료를 지불하지 않으면 귀하의 치료는 전적으로 귀하의 재정적 책임이 됩니다. 특정 보험 또는 고용주는 귀하의 의사를 제외한 좁은 네트워크를 가질 수 있습니다. 당사의 서비스가 네트워크에서 벗어난 것으로 간주되고 귀하의 혜택 계획에 네트워크 혜택이 없는 경우, 서비스에 대한 전액을 지불하는 것은 환자의 책임입니다. 방문하기 전에 계획과상의하십시오.

행정 수수료

본인은 어떤 이유로든 반환된 수표에 대해 \$35의 수수료가 있음을 이해합니다. 반환된 수표를 수정하지 않으면 법적 조치가 취해질 수 있습니다.

본인은 24시간 미만의 통지로 사무실 방문 약속을 놓치거나 취소하면 \$25의 수수료가 부과됨을 이해합니다. 본인은 72시간 미만의 통지로 절차 예약을 놓치거나 취소하면 \$200의 수수료가 부과됨을 이해합니다. 양식 작성 수수료는 \$25입니다. 주법에 따라 의료 기록 복사에 대한 요금이 부과됩니다.

Gastro Health 의 문자 메시지 수신에 대한 동의

또한 아래에 서명함으로써 Gastro Health의 재정 정책을 이해하고 이에 동의합니다. 비상 알림은 이 권한에서 제외되며 정상적으로 발송된다는 점을 이해합니다. Gastro Health를 통해 내 휴대폰으로 전송되는 메시지에 메시지/데이터 요금이 적용될 수 있음을 이해합니다. 본인은 Gastro Health가 이 프로그램의 일환으로 귀하에게 문자 메시지를 보내도록 승인 할 의무가 없음을 이해합니다. 서명함으로써 본인이 이 휴대폰 기기 및 사용자 계약의 소유자임을 확인합니다.

또한 아래에 서명함으로써 본인은 신용 카드 정책을 포함하여 Gastro Health 의 재정 정책을 이해하고 이에 동의합니다. 본인은 보험에서 청구를 처리하고 방문 후 6 개월 이내에 미결제 잔액에 대해 신용 카드 사용을 승인합니다. 본인은 Gastro Health 가 해당 지역의 잔액에 지불을 적용 할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 Gastro Health 에서 받는 서비스에 대해 궁극적으로 재정적으로 책임이 있음을 이해합니다. 재정적 책임을 다하는 것을 소홀히 할 경우, 제 3 자 수금 대행사를 포함하여 수금 과정에서 발생하는 추가 수수료가 부과 될 수 있음을 이해합니다.

성함: _____

서명: _____

날짜: ____/____/____

* "계열사"란 직간접적으로 하나 이상의 중개자를 통해 통제하거나 첫 번째 법인에 의해 통제되거나 첫 번째 법인과 공동 통제를 받는 다른 법인 또는 개인을 의미합니다. "통제"("통제 대상" 및 "공동 통제 대상" 포함)라는 용어는 의결권 있는 유가 증권 소유권을 통해 어떤 기업의 관리 및 정책을 지시하거나 지시할 수 있는 직간접적 권한을 의미 합니다. 계약 또는 기타/해당 법인의 의결권 있는 유가 증권의 50% 이상을 소유합니다.

치료에 대한 환자 동의서 및 개인정보 보호정책 고지 확인서

일반 치료 동의: 아래 서명자는 자발적으로 의료서비스를 받기 위해 내원하였으며, 주치의를 포함한 의료진이 진단을 위해 필요하거나 적절하다고 판단하는 의료 처치 및 치료, 각종 진단 절차와 검사를 시행하는 것에 동의합니다. 시행될 수 있는 절차 또는 검사는 항문경 검사, 호흡검사, 캡슐 내시경, 간 섬유화 검사, 치핵 결찰술, 초음파 검사, 직장검사 등을 포함하나 이에 제한되지 않습니다. 아래 서명자는 각 절차 및 치료의 성격, 목적, 예상 가능한 위험 또는 합병증, 그리고 대체 가능한 방법 등에 대해 사전에 설명을 듣게 됨을 이해합니다. 또한, 치료 결과나 치유에 대해 어떠한 보증도 이루어지지 않았으며 향후에도 보증이 제공되지 않음을 이해하고 인정합니다.

비식별화된 데이터의 활용: 당사는 귀하의 보호건강정보(PHI)에서 추출된 비식별화된 데이터를 치료 계획 도구에 사용되는 AI 알고리즘의 학습, 검증, 모니터링 또는 개선 목적으로 사용할 수 있습니다. 이러한 모든 활용은 관련 개인정보 보호 및 보안 법령을 준수하며, 귀하가 별도로 동의하지 않는 한 어떠한 개인 식별 정보도 사용되지 않습니다.

개인정보 보호정책 고지 확인: 아래 서명자는 본 문서에 서명하기 전에 의료기관의 개인정보 보호정책을 열람할 권리가 있음을 이해하며, 해당 정책이 본인에게 제공되었음을 확인합니다. 또한 의료기관의 개인정보 보호정책은 대기실에도 비치되어 있음을 확인합니다.

환자 또는 법적 대리인 서명

날짜

환자 또는 법적 대리인 성명

법적 대리권 상세 설명

보호된 건강 정보 및 재정 동의를 공개 할 수 있는 권한

누가 건강 정보를 수신하고 사용할 수 있나요? 귀하의 보호된 건강 정보를 귀하의 배우자, 성인 자녀, 형제 자매, 변호사, 생명 보험 회사 또는 기타 법인에게 공개 할 수 있습니까? 그렇다면, 그들의 이름, 연락처 정보 및 귀하와의 관계를 적어주십시오.

개인/단체 이름 _____

관계 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

전화 (____) _____ 팩스 (____) _____

개인/단체 이름 _____

관계 _____

주소 _____

도시 _____ State _____ 우편 번호 _____

전화 (____) _____ 팩스 (____) _____

공개 될 수 있는 정보는 무엇인가요? 공개하려는 항목을 표시하여 다음을 완료하십시오. 이러한 항목 중 일부를 공개하려면 환자의 서명이 필요합니다. 모든 건강 정보를 공개하려면 첫 번째 박스만 선택하십시오.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 모든 건강 정보
과거/신체 시험 | <input type="checkbox"/> Physician's Orders
<input type="checkbox"/> Patient Allergies
<input type="checkbox"/> Operative Reports
Consultation Reports | <input type="checkbox"/> Progress Notes
<input type="checkbox"/> Discharge Summary
<input type="checkbox"/> Diagnostic Test Reports
Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Billing Information
<input type="checkbox"/> Radiology Reports
<input type="checkbox"/> Imaging Films
<input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> 과거/현재 약
물 실험결과 | | | |

다음 정보를 공개하려면 귀하의 이니셜이 필요합니다:

_____ 정신 건강 기록 (심리 치료 기록 제외)

_____ 유전 정보 (유전 검사 결과 포함)

_____ 약물, 알코올 또는 약물 남용 기록

_____ HIV/AIDS 검사 결과/치료

유효 기간: 이 승인은 개인이 사망 할 때까지, 성년이 되는 날까지 또는 승인이 철회될 때까지, 또는 다음 특정 날짜까지 유효합니다 (선택 사항):

월 _____ 일 _____ 년 _____

취소 할 권리: 본인은 "건강 정보를 받고 사용할 수 있는 사람"에 이름이 지정된 개인 또는 조직에 이 승인을 철회 할 의사가 있음을 서면으로 통지함으로써 언제든지 승인을 철회 할 수 있음을 이해합니다. 본인은 본인의 건강 정보에 접근 할 수 있는 권한을 가진

기관이 이 승인에 따라 취한 사전 조치가 영향을 받지 않음을 이해합니다. 이 승인을 취소하는 경우 다음 주소로 서면 요청을 보내야 합니다: **GASTRO HEALTH 9500 S. Dadeland Blvd. Suite 200, Miami, FL 33156 ATTN:** 개인 정보 보호 책임자. 본인은 법이 내 보험사에게 내 보험에 따라 청구에 이익을 제기 할 권리를 제공하는 경우 이 승인에 따라 이미 공개 된 정보와 내 보험 회사에 취소가 적용되지 않음을 이해합니다.

휴대 전화 통신 동의: 이 문서에 서명함으로써 귀하는 귀하의 의료 서비스, 계정 또는 청구서 및 정보와 관련된 정보를 귀하에게 제공하기 위해 자동 또는 사전 녹음 된 메시지를 통해 문자 또는 음성으로 귀하와 통신하는 데 사용되는 귀하의 휴대폰 번호에 동의하는 것입니다. 귀하가 관심을 가질 수 있는 추가 의료 서비스와 관련이 있습니다. 이러한 목적으로 당사에 귀하의 휴대폰 번호를 제공 할 필요는 없습니다.

Gastro Health에 휴대폰 번호를 제공하지 않은 경우 여기에 제공 할 수 있습니다: (____) ____-____.

보험 정보: 귀하의 건강 보험은 귀하와 보험사 간의 계약입니다. 어떤 이유로든 보험사가 지불하지 않은 모든 비용은 귀하의 책임입니다. 보험 제한, 확인 검사 또는 예방적 치료 혜택과 진단 절차 혜택의 차이, 권장 또는 사전 승인의 필요성을 포함하여 귀하의 보험 혜택을 이해하는 것은 귀하의 책임입니다. 당사는 귀하를 대신하여 임명하기 전에 혜택을 확인하고 재정적 책임을 확인하고 사전 승인을 받기 위해 모든 노력을 기울일 것입니다. 그러나 이것은 결제를 보장하지 않습니다. 당사가 제공하는 모든 서비스에 대해 귀하의 보험에 비용을 청구합니다. 그러나 서비스를 받기 전에 공동 부담금, 공제액 또는 공동 보험을 포함하거나 이에 국한되지 않는 치료에 대한 재정적 책임의 일부를 지불해야 합니다. 귀하의 이익을 위해 당사 사무실에서 수행하는 특정 서비스는 귀하의 보험 플랜에 의해 보장되지 않을 수 있습니다. Gastro Health 는 보험사에 연락하여 혜택을 확인하고 보장되지 않는 서비스를 이해하는 것이 귀하의 재정적 책임이 될 것을 제한합니다. 건강 보험 개혁법 마켓 플레이스에서 보험을 받고 보조금을 받았지만 유예 기간 동안 보험료를 지불하지 않으면 귀하의 치료는 전적으로 귀하의 재정적 책임이 됩니다. 특정 보험 또는 고용주는 귀하의 의사를 제외한 좁은 네트워크를 가질 수 있습니다. 당사의 서비스가 네트워크에서 벗어난 것으로 간주되고 귀하의 혜택 계획에 네트워크 혜택이 없는 경우, 서비스에 대한 전액을 지불하는 것은 환자의 책임입니다. 방문하기 전에 플랜을 상담 받으십시오.

관리 수수료: 어떤 이유로 든 반환된 수표에 대해 수수료가 있음을 이해합니다 (청구된 특정 수수료에 대해서는 사무실 직원에게 확인). 반환된 수표를 수정하지 않으면 법적 조치가 취해질 수 있습니다. 나는 사무실 방문의 경우 24 시간 이내에 통지하고 절차를 위해 48 시간 이내에 취소된 예약이나 예약을 놓친 경우 해당 사무실 또는 시설 정책에 따라 요금이 부과 될 수 있음을 이해합니다. 또한, 주법에 따라 양식 작성 (청구된 특정 비용에 대해서는 사무실 직원에게 문의) 및 의료 기록 복사에 대해 수수료가 부과 될 수 있습니다.

결제: Gastro Health 는 낭비와 비효율성을 줄이고 청구 프로세스를 가능한 한 간단하게 만들기 위해 최선을 다하고 있습니다. 당사 사무실에 등록 된 신용 카드를 제공해야 합니다. 당사는 안전한 HIPAA 및 PCI 준수 판매자 서비스 애플리케이션을 통해 결제를 실행합니다. 귀하의 개인 정보 보안이 당사의 우선 순위입니다. 보호를 위해 카드의 마지막 4 자리 숫자만 시스템에 표시됩니다. 자동으로 결제를 처리하여 영수증을 이메일로 보내드립니다 (파일에 영수증이 있는 경우). 보험 회사의 요금에 대해 이의를 제기 할 수 있는 능력은 타협되지 않습니다. 보험이 없는 환자 또는 계정 잔액에 대해 신용 카드를 파일에 보관하도록 승인하지 않은 환자는 방문 당일에 전액을 지불해야 합니다.

미결제 잔액: 관례 내 여러 위치에 대해 미불 잔액이 있을 수 있습니다. 당사는 Gastro Health 의 자회사에 대한 잔액을 수집 할 권리가 있습니다. 참고: 신용 카드 결제는 당사 사무실 또는 당사 웹사이트를 통해서만 허용되며 중앙 청구 사무소로 우편을 보내면 처리되지 않습니다. 당사의 재정 정책을 준수하지 않는 환자는 수금으로 보내질 수 있으며 잔액의 최대 25 %까지 추가 비용이 발생하고 당사의 관행에서 해지 될 수 있습니다. 계정에서 확인된 잔액은 해당 월의 마지막 주에만 환불 될 수 있습니다.

환자의 퇴원 성명서: 아래에 서명함으로써 본인은 신용 카드 정책을 포함하여 Gastro Health 의 재정 정책을 이해하고 이에 동의합니다. 본인은 보험에서 청구를 처리하고 방문 후 6 개월 이내에 미결제 잔액에 대해 신용 카드 사용을 승인합니다. 본인은 Gastro Health 가 해당 지역의 잔액에 지불을 적용 할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 Gastro Health 에서 받는 서비스에 대해 궁극적으로 재정적으로 책임이 있음을 이해합니다. 재정적 책임을 다하는 것을 소홀히 할 경우, 제 3 자 수금 대행사를 포함하여 수금 과정에서 발생하는 추가 수수료가 부과 될 수 있음을 이해합니다.

서명 승인: 본인은 이 양식을 읽었으며 설명된 정보의 사용 및 공개에 동의합니다. 본인은 이 양식에 서명을 거부한다고 해서 철회 이전에 발생했거나 45 C.F.R.에서 제공하는 적용 대상에 대한 공개를 포함하여 본인의 특정 승인 또는 허가없이 법률에 의해 다른 방식으로 허용 된 건강 정보의 공개가 중단되지 않음을 이해합니다. § 164.502 (a)(1). 본인은 이 승인에 따라 공개된 정보가 수신자에 의해 재공개 될 수 있으며 더 이상 연방 또는 주 개인 정보 보호법에 의해 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.

서명 X

개인 또는 개인의 법적 권한을 위임 받은 대리인의 서명

날짜

법적으로 승인 된 대리인의 이름 (해당하는 경우):

대리인인 경우 개인과의 관계를 명시하십시오: ☐ 부모 ☐ 후견인 ☐ 기타

서명 X

개인 서명

날짜