

## 환자 인터뷰 양식

---

### 환자 정보

이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

### 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

- |                                     |                                     |                                   |                                 |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 없음         | <input type="checkbox"/> 빈혈증        | <input type="checkbox"/> 관절염      | <input type="checkbox"/> 천식     | <input type="checkbox"/> 자가면역 질환    |
| <input type="checkbox"/> AICD/심박조율기 | <input type="checkbox"/> 대장암        | <input type="checkbox"/> 암 - 기타   | <input type="checkbox"/> 체강 질병  | <input type="checkbox"/> 가슴 통증      |
| <input type="checkbox"/> 출혈 문제      | <input type="checkbox"/> 대장 용종      | <input type="checkbox"/> 크론병      | <input type="checkbox"/> 우울증    | <input type="checkbox"/> 당뇨병        |
| <input type="checkbox"/> 간경변        | <input type="checkbox"/> 지방간        | <input type="checkbox"/> 섬유근통     | <input type="checkbox"/> 담낭 질환  | <input type="checkbox"/> 위식도 역류성 질환 |
| <input type="checkbox"/> 게실염        | <input type="checkbox"/> 심장 질환      | <input type="checkbox"/> 간염       | <input type="checkbox"/> 고혈압    | <input type="checkbox"/> 높은 콜레스트롤   |
| <input type="checkbox"/> 녹내장        | <input type="checkbox"/> 과민성 대장 증후군 | <input type="checkbox"/> 신장 질환/실패 | <input type="checkbox"/> 유당 불내성 | <input type="checkbox"/> 간 질환       |
| <input type="checkbox"/> HIV/에이즈    | <input type="checkbox"/> 다발성 경화증    | <input type="checkbox"/> 신경 장애    | <input type="checkbox"/> 췌장염    | <input type="checkbox"/> 전립선 비대     |
| <input type="checkbox"/> 폐질환        | <input type="checkbox"/> 위/십이지장 궤양  | <input type="checkbox"/> 뇌졸중      | <input type="checkbox"/> 결핵     | <input type="checkbox"/> 갑상선 질환     |
| <input type="checkbox"/> 수면 무호흡증    | <input type="checkbox"/> 기타 _____   |                                   |                                 |                                     |
| <input type="checkbox"/> 궤양성 대장염    |                                     |                                   |                                 |                                     |

## 알러지

- |   |                                     |                             |  |                                    |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 환자는 알려진 알레르기가 없음 | <input type="checkbox"/> 코데인항산염     | <input type="checkbox"/> 달걀 | <input type="checkbox"/> 요오드/요오드 함유 제품 | <input type="checkbox"/> 모르핀       |
| <input type="checkbox"/> 아스피린             | <input type="checkbox"/> 술파(설파아미드약) | <input type="checkbox"/> 유액 | <input type="checkbox"/> 콩             | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 페니실린             |                                     |                             |  |                                    |

## 진단 연구 / 테스트

- |                                 |                                 |                                   |                                     |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 없음     | <input type="checkbox"/> EGD    | <input type="checkbox"/> ERCP     | <input type="checkbox"/> 간생검        | <input type="checkbox"/> 소장 내시경 |
| <input type="checkbox"/> 대장 내시경 | 언제: _____                       | <input type="checkbox"/> 스트레스 테스트 | <input type="checkbox"/> 초음파 심장 진단도 | 언제: _____                       |
| <input type="checkbox"/> EUS    | <input type="checkbox"/> 소형 내시경 |                                   |                                     |                                 |
| 언제: _____                       | 언제: _____                       | 언제: _____                         | 언제: _____                           | 언제: _____                       |

## 과거 수술

- |  |                                     |                                     |                                |                                |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 없음            | <input type="checkbox"/> 맹장 수술      | <input type="checkbox"/> 비만 치료 수술   | <input type="checkbox"/> 유방    | <input type="checkbox"/> 방광 수술 |
| <input type="checkbox"/> 복강 형성술(배,턱)   | 언제: _____                           | <input type="checkbox"/> 제왕절개       | <input type="checkbox"/> 대장절제  | <input type="checkbox"/> 결장조루술 |
| 언제: _____                              | <input type="checkbox"/> 유방         | <input type="checkbox"/> 횡경막 탈장 봉합술 | <input type="checkbox"/> 쓸개 수술 | <input type="checkbox"/> 치질 수술 |
| <input type="checkbox"/> 관상 동맥 바이패스 수술 | 언제: _____                           | <input type="checkbox"/> 난소 수술      | <input type="checkbox"/> 전립선   | 언제: _____                      |
| 언제: _____                              | <input type="checkbox"/> 대장절제       | <input type="checkbox"/> 기타         |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 자궁 절제술 수술     | 언제: _____                           |                                     |                                |                                |
| 언제: _____                              | <input type="checkbox"/> 사타구니 탈장 교정 |                                     |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 위             | 언제: _____                           |                                     |                                |                                |
| 언제: _____                              | <input type="checkbox"/> 제대 탈장 봉합술  |                                     |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> 갑상선           | 언제: _____                           |                                     |                                |                                |
| 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	<input type="checkbox"/>					
대장암	<input type="checkbox"/>					
대장 용종	<input type="checkbox"/>					
크론병	<input type="checkbox"/>					
간질환	<input type="checkbox"/>					
췌장암	<input type="checkbox"/>					
위장	<input type="checkbox"/>					
궤양 질환	<input type="checkbox"/>					

## 사회사

직업: \_\_\_\_\_

자녀 수: \_\_\_\_\_

### 혼인 여부

미혼

기혼

이혼

별거

과부

### 알코올

없음

유형

주량

수

거의 않함

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

대변지림/실금

혈변

직장통

치질

황달

### 혈액학/림프관

없음

네 아니오

쉽게 멍들/출혈

### 비뇨 생식기

없음

네 아니오

질은 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 및 그 자회사의 재정 정책입니다. 이 문서에서 언급되는 모든 정책은 Gastro Health, 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 Health는 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

어떤 이유로든 반환 된 수표에 대해 \$ 35의 수수료가 있음을 이해합니다. 반환된 수표를 수정하지 않으면 법적 조치가 취해질 수 있습니다. 예약된 절차로 인해 72 시간 이내에 통지없이 예약을 놓치거나 예약을 취소하면 \$ 75의 수수료가 부과됨을 이해합니다. 양식 작성 비용은 \$ 25입니다. 주법에 따라 의료 기록을 복사하는 데는 요금이 부과됩니다.

### Gastro Health 신용 파일 정책

Gastro Health는 낭비와 비효율성을 줄이고 청구 프로세스를 가능한 한 간단하게 만들기 위해 최선을 다하고 있습니다. 귀하께서는 당사 사무실에 등록된 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 숫자 만 시스템에 표시됩니다. 자동으로 결제를 처리하여 이메일을 통해 영수증을 보내드립니다 (파일에 영수증이 있는 경우). 보험 회사의 요금에 대해 이의를 제기 할 수 있음을 알려드립니다. 보험이 없는 환자 또는 계좌 잔액에 대해 신용 카드를 파일에 보관하도록 승인하지 않은 환자는 방문 당일에 전액을 지불해야 합니다.

### 등록된 신용 카드는 보험 심사 후 계정 잔액을 지불하는 데 사용됩니다.

- 1) 귀하의 보험이 귀하의 청구를 처리하면, 귀하와 당사 사무실 쪽으로 귀하의 총 환자 재정적 책임이 무엇인지 보여주는 혜택 설명 (EOB)을 보냅니다. 귀하는 일반적으로 당사에서 처리하기 전에 EOB를 받으므로 환자 부담액에 동의하지 않는 경우 보험사 및 당사 사무실에 즉시 연락하는 것은 귀하의 책임입니다.
- 2) EOB를 받으면 이 정보를 시스템에 입력합니다. 귀하의 신용 카드는 보험사가 청구를 처리 한 후에만 처리됩니다. **지불해야 할 총액이 \$ 300 이하인 경우 등록된 신용 카드로 결제를 처리하고 영수증을 이메일로 보냅니다 (등록 된 경우). 잔액이 그보다 많은 경우, 잔액의 나머지는 나중에 동일한 서비스 날짜에 대해 수동으로 청구되거나 나머지 잔액에 대한 두 번째 명세서를 받게 됩니다.**

### Gastro Health 의 문자 메시지 수신에 대한 동의

환자/법적 보호자 동의 : 나는 Gastro Health 와 그 직원 및 환자 알림 서비스가 자동 전화 통화 및 SMS 문자 메시지를 위해 휴대폰을 통해 나에게 연락 할 수 있는 권한을 부여합니다. 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 수급 대행사를 포함하여 수급 과정에서 발생하는 추가 수수료가 부과 될 수 있음을 이해합니다.

성함: \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

치료에 대한 환자 정보 동의 및 개인 정보 보호 관행 승인 통지

---

**골반/직장 검사 동의 (플로리다 환자 만 해당):** 아래 서명자는 신체 검사에 자신의 골반 부위 및/또는 직장에 대한 의학적으로 적절한 검사가 포함될 수 있음을 이해하고 그러한 검사에 동의합니다.

**일반 치료 동의:** 아래 서명자는 의사(들), 동료, 보조원 및 기타 의료 서비스 공급자가 진단 목적에 필요하거나 적절하다고 판단하는 진단 절차 및 검사를 포함하여 의료 서비스를 자발적으로 제시하고 그러한 의료 서비스 및 치료에 동의했습니다. 절차 또는 검사에는 항문경 검사, 호흡 검사, 캡슐 내시경 검사, 섬유 조직 스캔, 치질 밴딩, 초음파 및 직장 검사가 포함될 수 있지만 이에 국한되지 않습니다. 아래 서명자는 각 절차 또는 치료의 본질, 의도된 목적, 잠재적 위험/합병증 및 대안이 사전에 설명 될 것임을 이해합니다. 아래 서명자는 치료 결과 또는 치료에 대해 어떠한 보증이나 보증도 하지 않았 음을 이해하고 인정합니다.

**개인 정보 보호 관행 승인 통지:** 아래 서명자는 이 문서에 서명하기 전에 공급자의 개인 정보 보호 관행 통지를 검토 할 권리가 있음을 이해하고 공급자의 개인 정보 관행 통지를 사용할 수 있음을 인정합니다. 제공자에 대한 개인 정보 보호 관행 통지는 대기실에서도 제공됩니다.

\_\_\_\_\_  
환자 또는 개인 대리인의 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
환자 또는 개인 대리인의 성함

\_\_\_\_\_  
개인 대리인의 권한에 대한 설명