



오늘 날짜
/ /

성	이름	성별	성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	정체성 (옵션)	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타
주소	시	주	우편번호	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 남성(FTM) <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 여성(MTF)	
결혼 여부	<input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 미혼	생년월일	이메일	사회보장번호 #	- -
집 전화	()	<input type="checkbox"/> 선호 여부	휴대 전화	()	<input type="checkbox"/> 선호 여부
이 번호로 메시지를 남겨도 되겠습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 짧게 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 길게		이 번호로 메시지를 남겨도 되겠습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 짧게 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 길게	
무수혈 의료 프로그램에 참여하고 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	생존 유서/사전 지침이 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
인종	<input type="checkbox"/> 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카 미국인 <input type="checkbox"/> 히스패닉	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인	민족	<input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 비 히스패닉 또는 라틴계
주 언어	<input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 영어	<input type="checkbox"/> 페르시아어 <input type="checkbox"/> 프랑스어	<input type="checkbox"/> 그리스어 <input type="checkbox"/> 힌두어	<input type="checkbox"/> 인도어 <input type="checkbox"/> 이탈리아어	<input type="checkbox"/> 일본어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 러시아어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타
통역이 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				

약국 이름	전화	()
약국 주소	시	주 우편번호

응급 시 연락처 #1	관계	응급 시 연락처 전화	()
응급 시 연락처 #2	관계	응급 시 연락처 전화	()

본인의 건강관리를 위해 어떤 의료기관을 이용하고 계십니까?

1차 의료 제공기관	전화	()
1차 의료 제공기관 주소	시	주 우편번호

2차 의료 제공기관	전화	()
2차 의료 제공기관 주소	시	주 우편번호

기타 의료 제공기관	전화	()
기타 의료 제공기관 주소	시	주 우편번호

기타 의료 제공기관	전화	()
기타 의료 제공기관 주소	시	주 우편번호

(다음 면에 계속)



직장 정보

직장명	직업/직급			
고용 상태	<input type="checkbox"/> 정규직	<input type="checkbox"/> 자영업	<input type="checkbox"/> 군복무 중	<input type="checkbox"/> 기타
	<input type="checkbox"/> 계약직	<input type="checkbox"/> 퇴직	<input type="checkbox"/> 예비군	

보험/결제 정보

주 보험 *제일 먼저 청구되는 보험은 무엇입니까?*

가입자 이름	건강 보험 정책이 누구의 이름으로 가입되어 있습니까?	
가입자 사회보장번호 #	가입자 생년월일	가입자와의 관계
- -	/ /	

가입자 직장		
가입자 직장 주소	시	주 우편번호
가입자 성별	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타

주 보험 회사	보험번호 #	그룹 #
보험 회사 주소	시	주 우편번호
응급 시 연락처 전화 #	()	

추가 보험 *두 번째로 청구되는 보험은 무엇입니까? 이 항목은 귀하에게 해당되지 않을 수 있습니다.*

가입자 이름	건강 보험 정책이 누구의 이름으로 가입되어 있습니까?	
가입자 사회보장번호 #	가입자 생년월일	가입자와의 관계
- -	/ /	
가입자 직장		
가입자 직장 주소	시	주 우편번호
가입자 성별	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타
기타 보험 회사	보험번호 #	그룹 #

승인

본인은 위에 제공된 모든 정보가 정확하고 사실임을 확인합니다. 본인은 의사들이 제공한 모든 서비스에 대해 의료 혜택 결제를 승인합니다. 본인은 보험에 포함되지 않는 금액에 대해 재정적 책임이 있음을 이해합니다. 본인은 의료비 청구 내역을 검토하고 처리할 목적으로 본인의 보험 회사에 본인의 건강 관련 정보를 공개하는 것을 승인합니다.

서명	환자와의 관계	날짜
		/ /