

# Sun Kim M.D.

5832 Beach Blvd Suite #213 Buena Park, CA 90621 Phone (714)752-6835 Fax (714)752-6842

## Patient Demographics (환자정보)

Legal Last Name (성)	Legal First Name (이름)	Legal Middle Name	Birth Date(생년월일)	Male(남)/Female(여) Gender(성별)
Permanent Address (주소)	Apt #	City (도시)	State(주)	Zip(우편번호)
Home Phone # (전화번호)	Cell Phone # (휴대폰)		Race/Ethnicity (인종)	
Social Security # (소셜번호)	E-mail Address (이메일)		Language(언어)	

## Emergency Contact Information (비상 연락처 정보)

Single / Married / Divorced / Widowed  
Marital Status (Circle One)      Spouse Last Name (배우자 성)      Spouse First Name (배우자 이름)

Emergency Contact Name (보호자 이름)      Emergency Contact Phone # (보호자 연락처)      Relationship(환자와의관계)

저희에 대해 어떻게 아셨나요? (지인 추천, 신문, 인터넷, 등)

## Primary care physician & Pharmacy Information (주치의, 약국 정보)

Physician Name (주치의 이름)      Location (주치의 병원 위치)      Phone # (주치의 전화)

Pharmacy Name (가시는 약국이름)      Address (약국 주소)      Phone # (약국 전화번호)

## Patient Health History (환자 건강 기록)

CHIEF COMPLAINT (방문사유)

ALLERGIES (알레르기가 있으시다면 어떤 종류인지 모두 적어주세요)

IF NO allergies, check here  (알레르기가 없으시면 여기에 체크해 주세요)

MEDICATIONS (복용하고 계신 약 (혈압약, 전립선약, 등등) 이름을 모두 적어주세요.)

IF NO medication, check here  (드시는 약이 없으시면 여기에 체크해 주세요)

캘리포니아주는 환자 또는 환자의 법적 대리인과만 의료 정보를 공유하도록 요구하고 있습니다. 이 법률에 따라 Sun 비뇨기과는 고용시 기밀 유지 선언서에 서명해야 하며 이는 모든 환자의 의료 및 환자 상태를 가장 엄격하게 유지하는 것을 말합니다. 또한 본인은 보험상태와 상관없이 병원에서 제공되는 서비스에 관해 발생하는 계정 잔고에 대해 궁극적인 책임이 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 본인은 위의 질문에 답했고 본인이 알고 있는 정확한 사실임을 동의합니다.

X \_\_\_\_\_  
Signature (서명)

X \_\_\_\_\_  
Date(날짜)

## MEDICAL HISTORY

현재 있으시거나 과거에 앓으셨던 질환/증상이 있으시면 꼭 체크해주세요. 체크가 안 되어있으면, 질환 또는 증상이 없었던 것으로 간주하겠습니다.

### Genitourinary History

- Blood in Urine 혈뇨
- Bladder Cancer 방광암
- Incontinence 요실금
- Erectile Dysfunction 발기부전
- Gout 통풍
- Kidney Stones 신장결석
- Kidney Cancer 신장암
- Prostatitis 전립선염
- BPH 전립선 비대증

### Personal History 병력

- Diabetes 당뇨
- Hepatitis 간염
- High Cholesterol 고콜레스테롤
- High Blood Pressure 고혈압
- Low Blood Pressure 저혈압
- Stroke 중풍
- Asthma 천식
- Bronchitis 기관지염
- Renal Disease 신장질환
- Thyroid Disorders 갑상선질환
- Chronic UTI 만성 방광염
- Arthritis 관절염
- Anemia 빈혈
- HIV 에이즈
- Others: \_\_\_\_\_

### Family History 가족력

- Prostate Cancer 전립선암
- Renal Cancer 신장암
- Bladder Cancer 방광암
- Testicular Cancer 고환암
- Heart Disease 심장질환
- Stroke 뇌졸중/중풍
- High Blood Pressure 고혈압
- Diabetes 당뇨
- Kidney Disease 신장질환
- Bladder Stones 요로결석
- Others: \_\_\_\_\_

Patient name:

DOB:

### Surgeries 수술 이력

- Tonsillectomy 편도선수술
- C-Section 제왕절개
- Knee Surgery 무릎수술
- D&C 낙태술
- Laparoscopy 복강경검사
- Appendectomy 맹장수술
- Hysterectomy 자궁적출술
- Hernia Repair 탈장수술
- Gallbladder Surgery 쓸개수술
- Vasectomy 정관수술
- Colonoscopy 대장내시경
- Tubal Ligation 자궁관수술
- Shoulder Surgery 어깨수술
- Other: \_\_\_\_\_

### Social history 생활습관

#### Tobacco Use 흡연여부

- Never Smoke 한번도 안핼
- Former Smoke 과거에 핼
- Current Every day Smoker  
현재 매일 핼
- Current Some day smoker  
현재 가끔씩 핼

#### Alcohol Use 음주 여부

- Yes 마심 (가볍게, 많이)
- No 마시지 않음
- Prior History of abuse  
과거 알코올중독

#### Caffeine Use 카페인 섭취 여부

- 1-2 cups/day 하루 1-2 잔
- Over 3cups/day 하루 3잔이상
- No 마시지 않음

#### Marijuana Use 마리화나 사용

- Yes 사용함
- No 사용하지 않음

### General

- Fatigue 피로감
- Night sweats 식은땀
- Chills 오한
- Weight Gain 체중증가
- Weight Loss 체중감소

### Eye

- Vision Loss 시력저하
- Double Vision 복시

### Ear, Mouth, Nose and Throat

- Ear Ringing 이명
- Nosebleeds 코피
- Hoarseness 음성장애
- Decreased Hearing 청력저하

### Respiratory

- Chronic Cough 만성기침
- Wheezing 쌉쌉거림(천명)
- Difficulty Breathing 호흡곤란

### Heart

- Chest Pain 가슴통증
- Murmur 심장잡음
- Palpitations 심계항진증

### Gastrointestinal

- Constipation 변비
- Diarrhea 설사
- Vomiting 구토
- Rectal Bleeding 혈변
- Nausea 메스꺼움

### Muscular-skeletal

- Back Pain 허리통증
- Joint Pain 관절통
- Joint Swelling 관절부종
- Muscle Weakness 근력저하
- Muscular Pain 근육통

### Skin

- Ulcers 피부궤양
- Rash 발진
- Itching 가려움
- Lesions 피부병변

### Neurological

- Dizziness 어지러움
- Seizures 간질
- Tremor 수전증

### Psychiatric

- Anxiety 불안감
- Depression 우울증
- Mood Changes 기분변화

Sun Kim M.D.

5832 Beach Blvd Suite #213 Buena Park, CA 90621 Phone (714)752-6835 Fax (714)752-6842

## **Patient Financial Responsibility (환자 재정 책임 동의서)**

관례에 따라 Sun 비뇨기외과에서는 환자를 위해 수많은 보험 프로그램에 등록을 하였습니다. 저희는 환자분들에게 이러한 서비스를 제공할 수 있을 것에 대해 기쁘게 생각하고 있으며, 보험 적용을 확인 여부부터 보험 회사에게 정확하게 청구하기 위해 모든 노력을 할 것입니다. 하지만, 저희는 각 플랜에 따른 개별적인 요구사항을 모두 따르는 것은 불가능합니다.

각 환자들은 보험의 만료일이나 커버리지 또는 어떠한 보험에 관한 세부사항을 알고 있는 것에 대해 책임이 있습니다. 보험의 제한 또는 만료로 인해 발생하는 모든 비용은 궁극적으로 환자(또는 보호자)의 책임입니다. 귀하의 보험 계획에 의해 요구되는 특별 한 요구 사항을 당사에 알리지 않고 귀하의 계획에 포함되지 않은 검사, 입원 또는 의료 용품과 같은 의학적으로 필요한 서비스를 주문 하는 경우 그에 따른 요금이 직접 청구됩니다. 현재 가지고 계신 보험이 커버되지 않을 경우, 비용은 당일 청구가 될 것입니다.

저희 Sun 비뇨기외과는 항상 최상의 치료를 제공하기 위해 노력하고 있습니다. 저희는 보험이 유효한 날짜에 맞춰 환자분의 보험 플랜에 따라서 치료를 제공할 것입니다. 환자분의 협력을 통해 보험에서 받을 수 있는 혜택을 받기 위해 노력할 것이며, 우수한 의료 서비스를 제공하는 것에 주력 할 것입니다.

저희 Sun 비뇨기외과의 규정을 읽어 보시고 공백 란에 이니셜을 써 주시기 바랍니다.

\_\_\_\_\_ (Initial) Sun 비뇨기외과는 환자가 가입된 보험회사에 청구할 것입니다. 그에 따라, 환자는 그들의 보험에 관하여 가장 최근 업데이트된 정확한 보험 정보를 저희 병원에게 제공해야 합니다. 만약, 제공된 정보가 정확하지 않거나 일치하지 않는 경우, 환자 본인에게 책임이 있음을 동의합니다.

\_\_\_\_\_ (Initial) 본인은 보험사에 따라 받을 수 있는 치료에 따라 공제되는 금액, 환급률, 고용인의 부담, 선불 증명서 자격에 대해 미리 확인을 해주셔야 함을 이해하고 동의합니다. 치료비용은 환자분의 편의에 따라 현금, 수표, 또는 신용 카드로 지불 가능하십니다.

\_\_\_\_\_ (Initial) 본인은 예약 24시간 전에 전화 또는 문자로 취소를 알릴 것에 동의하며 그렇지 않은 경우, 당일취소시 \$25, 시술 또는 수술 취소시엔 \$50불의 최소 수수료를 내는 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_ (Initial) I understand that my insurance contract is between my insurance company and me. It is the responsibility of the patient to know and understand their medical insurance benefits. If my insurance has not paid my claim within 60 days for the date insurance was billed, I will be responsible for payments. I also agree that I am responsible for any charges that my insurance company will not cover. I understand that failure to pay my account or make suitable financial arrangements may result in my account being placed in a state of delinquency. If this becomes necessary, I agree to pay all collection fees, which include but are not limited to collection fees, court fees, attorney fees, and any other fees for the collection of my account balance. If your account is sent to collections, there is a possibility that you may be discharged from the practice.

**I hereby authorize the physician to release any and all information necessary concerning my diagnosis and treatment for the purpose of securing payment from my insurance company; and thereby authorized payment of the insurance benefits directly to the physician for any services rendered that are not paid for directly by me.**

\_\_\_\_\_  
환자 이름 또는 보호자 이름 (Patient Name)

X \_\_\_\_\_  
환자 또는 보호자 서명 (Patient/Guardian Signature)

\_\_\_\_\_  
날짜 (Date)

**Sun Kim M.D.**

5832 Beach Blvd Suite #213 Buena Park, CA 90621 Phone (714)752-6835 Fax (714)752-6842

**HIPAA Compliance Patient Consent Form**  
**(HIPAA 규정에 따른 환자 정보 보호 동의서)**

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use or disclose protected health information.

The notice contains a patient's rights section describing your rights under the law. You ascertain that by your signature that you have reviewed our notice before signing this consent.

The terms of the notice may change, if so, you will be notified at your next visit to update your signature/date.

You have the right to restrict how your protected health information is used and disclosed for treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree with this restriction, but if we do, we shall honor this agreement. The HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) law allows for the use of the information for treatment, payment, or healthcare operations.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of your protected healthcare information and potentially anonymous usage in a publication. You have the right to revoke this consent in writing, signed by you. However, such a revocation will not be retroactive.

By signing this form, I understand that:

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or healthcare operations.
- The practice reserves the right to change the privacy policy as allowed by law.
- The practice has the right to restrict the use of the information, but the practice does not have to agree to those restrictions.
- The patient has the right to revoke this consent in writing at any time and all full disclosures will then cease.
- The practice may condition receipt of treatment upon execution of this consent.

**MESSAGES**

May we leave a message on your answering machine at home or on your cell phone? YES / NO  
(저희가 전화에 음성 메시지를 남겨도 되겠습니까?)

**RELEASE OF INFORMATION**

I authorize the release of information including the diagnosis, records, examination rendered to me and claims information. This information may be released to:

Spouse: \_\_\_\_\_

Children: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**This consent was signed by:**

Patient's Name (환자이름): \_\_\_\_\_ DOB (생년월일): \_\_\_\_\_

Signature (환자 서명): \_\_\_\_\_ Date (날짜): \_\_\_\_\_

**Sun Kim M.D.**

5832 Beach Blvd Suite #213 Buena Park, CA 90621 Phone (714)752-6835 Fax (714)752-6842

**Medical Records Release Form**  
**의료 기록 조회 신청서**

Legal Last Name (성)

Legal First Name (이름)

Legal Middle Name

Birth Date (생년월일)

---

Address

Apt # City

State

Zip

**I hereby Authorize and request you to release my medical records to:**

**Sun Kim. MD**

5832 Beach Blvd Suite#206

Buena Park CA 90621

X

\_\_\_\_\_ **Authorized Signature (서명)**

\_\_\_\_\_ **Date (날짜)**

---

**OFFICE USE ONLY:**

Please release my complete medical history that is in your possession concerning my diagnosis and/or treatment during the period from:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

To: (Name of Facility) \_\_\_\_\_

---

Address

Apt # City

State