United Dental Group

환자정보

성명_____ (☐남 / ☐여) 소셜시큐리티 번호_____

생년월일 (월/일/년도) _____ /_____ /_____ ☐ 기혼 ☐ 미혼 ☐ 이혼 ☐ 사별 ☐ 미성년자

주소 _____

거리 아파트 # 도시 주 우편번호

전화번호. ▪ 집 _____ ▪ 핸드폰 _____ ▪ 직장 _____

이메일_____ 이메일로 연락 드려도 될까요? ☐네 ☐아니오

응급 연락처 _____ 전화번호 _____

저희에 대해 어떻게 알게 되셨나요? ☐신문 ☐티비 ☐라디오 ☐인터넷 ☐추천 ☐그 외: _____

치과 보험 정보

가입자 성함 _____ 관계_____

고용주 이름 _____ 고용주 전화번호 _____

보험 회사 _____ 보험 전화번호 _____

보험 아이디 번호 _____ 보험 그룹 번호 _____

다른 보험이 있으신가요? ☐네 ☐아니오

가입자 성함 _____ 관계_____

고용주 이름 _____ 고용주 전화번호 _____

보험 회사 _____ 보험 전화번호 _____

보험 아이디 번호 _____ 보험 그룹 번호 _____

병력

현재 담당 의사가 있으신가요? ☐네 ☐아니오

담당 의사 성함 _____ 전화번호 _____

다음 중 사용하시거나 해당 사항이 있으시면 체크 (☑) 해주세요.

☐ 종양	☐ 간질 / 발작	☐ 고 / 저혈압	☐ 류머티즘 열
☐ 의약품 알레르기	☐ 안구 질환	☐ HIV 감염	☐ 부비동 문제
☐ 마취제 알레르기	☐ 기절	☐ 신장병	☐ 피부 발진
☐ 빈혈증	☐ 고초열	☐ 간 질환	☐ 위병
☐ 인공관절	☐ 녹내장	☐ 정신적 질환	☐ 뇌졸중
☐ 관절염, 류머티즘	☐ 두통	☐ 신경학적 문제	☐ 갑상선
☐ 천식	☐ 머리손상	☐ 장기 이식	☐ 편도선염
☐ 출혈장애	☐ 심장 질환	☐ 골다공증	☐ 결핵
☐ 암	☐ 심잡음	☐ 맥박 조정기	☐ 궤양 / 대장염
☐ 약물 의존	☐ 혈우병	☐ 임신 몇 개월 ____	☐ 성병
☐ 화학 요법	☐ 간염 (☐B / ☐C)	☐ 방사선 치료	☐ 그 외
☐ 당뇨병	☐ 탈장 복구	☐ 호흡 질환	

다음 중 알레르기가 있으신 항목이 있으신가요?

☐아스피린 ☐ 코데인☐ 라텍스 (고무) ☐국소마취제 ☐마취제 ☐페니실린 ☐설파제 ☐그 외

위 목록에 없는 저희가 알아야 하는 환자분 건강상태를 알려주세요.

_____

위 목록에 없는 현재 드시고 계신 의약품과 관련된 질병을 써주세요.

_____

혹 어떤 합병증 혹은 알레르기 반응이 있으시면 모두 써주세요.

_____

치과 치료 전에 의사에게 항생제 복용을 권장 받으신 적이 있으십니까?☐네☐아니오

뼈를 생성하는 약물 (Bone-building drug)을 복용하시나요? ☐네☐아니오

모유수유 중 이신가요? ☐네 ☐아니오 피임약을 복용 중 이신가요? ☐네 ☐아니오

엑스레이는 태아 발달 문제를 일으킬 수 있으며, 일부 항생제들은 피임에 영향을 미칠 수 있습니다. 이니셜 ___

_____ 날짜 _____

환자 혹은 환자의 법적 보호자 서명

치과 병력

다음 중 사용하시거나 해당 사항이 있으시면 체크 (☑) 해주세요.

☐ 치과치료 후 비정상적인 출혈
☐ 입냄새
☐ 피나는 잇몸
☐ 양치빈도: ____
☐ 이 악물기 또는 갈기
☐ 턱에서 소리가 남
☐ 혈액 기침
☐ 입술이나 입이 아프거나 물집있음
☐ 발치로 인한 문제 / 합병증
☐ 치실 빈도: ____
☐ 치태 검출 염료
☐ 구강 건조
☐ 불소 보충물
☐ 음식 치아 매복
☐ 자주 간식 섭취
☐ 쉽게 매스껍다
☐ Inter dental stimulations
☐ 턱 통증
☐ 부러진, 잃어버린 치아/ 필링
☐ 구강호흡
☐ 구강습관 예:손톱 깨물기
☐ 교정 치료
☐ 귀 주변에 통증
☐ 치주 치료
☐ 잇몸 퇴화
☐ 민감한 / 아픈 잇몸
☐ 뜨거운 것 / 차가운 것에 민감함
☐ 압력에 민감함
☐ 단것에 민감함
☐ 입 안이 붓거나 혹이 있음
☐ 칫솔 촉감 _____
☐ 흡연
☐ 치통
☐ 부정적인 치과 경험
☐ 불쾌한 입맛
☐ 식사 중 귀에 이상한 소리가 들림
☐ 구강 세정기
☐ 그 외

이전에 큰 치과에서 치료를 받으신 적이 있으신가요?☐네☐아니오 있으시면,언제&이유 _____

현재 불편하신 곳 / 방문 이유 _____ 마지막 치과방문 날짜 _____

관심있는 분야 ☐화이트닝 ☐본딩 ☐베니어 ☐크라운 ☐투명교정 ☐나이트 가드

환자 본인이 아는 한, 위에 제공한 답변과 모든 정보들은 사실이며 정확합니다. 환자의 건강에 변화가 있을 경우, 다음 방문에 잊지 않고 반드시 병원에 알릴 것을 약속합니다.

_____ 날짜 _____

환자 혹은 환자의 법적 보호자 서명

권한부여

환자 본인은 개인 건강 치료기록들을 아래 수령인에게 공개하는 것을 허락합니다:

수령인 이름 _____ 관계 _____

☐ 모든 치료 자료 ☐특정 날짜: _____ ~ _____

환자본인은 언제든지 개인건강 치료 정보공개를 취소 혹은 폐기 할 수 있음을 알고 있습니다

_____ 날짜 _____

환자 혹은 환자의 법적 보호자 서명

고지에 입각한 동의

1. **치과 검사와 치료 계획** 이니셜 _____

   법상 치과 위생사에게 받는 치아 세척을 포함한 모든 진료는 동의 하신다는 이니셜이 있어야 진료가 가능합니다.

2. **치료 계획 변경** 이니셜 _____

   치료 중 검사할 당시에는 발견되지 않은 상태로 인해 치료를 변경하거나 추가해야 할 필요가 있음을 이해합니다. 예를 들어 정기적 수복 치료 후에 근관 치료법이 따를 수 있습니다. 이류를 설명하고 환자 본인의 동의 얻은 후에는 치과 의사가 모든 어떤 치료 변경이나 추가를 할 수 있는 권한을 줍니다.

3. **진통제 등 약품** 이니셜 _____

   처방전에 따라 항생제, 진통제 등 약품에 의한 알레르기로 인해 피부가 붉어지거나 부기, 통증, 가려움, 구토 또는 초과민반응 쇼크 등이 일어날 수 있음을 이해합니다.

4. **치주 손실** 이니셜 _____

   치주질환은 잇몸과 잇몸뼈에 일어나는 질환으로 최종적으로 치아상실로 이어질 수 있음을 이해합니다. 스케일링, 치근활택술, 약물세척과 잇몸 이식 수술과 또는 발치를 포함한 대체 치료 방법에 대한 설명을 들었습니다. 어떤 치과 치료를 받던 지속적인 뼈손실을 예방 못할수도 있음을 이해합니다. 끊임없는 유지를 필요로 할 수 있음을 이해합니다.

5. **필링** 이니셜 _____

   부서짐을 방지하기 위해 필링을 새로 받고 나서, 특히 첫 24 시간 동은은 씹을 때 주의해야 한다는 것을 이해하고 있습니다. 추가적인 충치로 인해 본래 진단된 필링보다 더 나은 필링을 필요로 할 수 있음을 이해합니다. 치아시림은 새 필링의 흔한 후유증이라는 것을 이해합니다.

6. **크라운, 부분 의치와 캡** 이니셜 _____

   가끔 자연치의 색과 인공치의 색을 똑같이 맞추는 것이 불가능 할 수 있음을 이해합니다. 또한 임시 크라운을 할 수 있으며 쉽게 떨어질 수 있기 때문에 영구적인 크라운을 할 때까지 조심해야 한다는 것을 이해합니다. 새 크라운, 부분 의치나 캠을 변경 (모양, 핏, 크기와 색상) 할 수 있는 마지막 기회는 최종부착 전이라는 것을 이해합니다. 치아삭제 후 30 일 이내에 최종부착을 하러 다시 방문 하는 것을 환자 본인의 책무입니다. 지나친 지연은 치아 이동을 발생 시킬 수 있습니다. 이는 크라운, 부분 의치나 캡의 재재작을 필요로 할 수 있습니다. 환자 본인의 최종부착 지연으로 인한 재재작은 추가 비용이 발생할 수 있음을 이해합니다. 크라운 부착 후나 도중에 신경 치료 (근관 치료)을 필요로 할 수 있습니다.

7. **신경치료 (근관 치료)** 이니셜 _____

   근관 치료가 본인의 치아를 살려준다는 보장이 없다는 것을 알고 있으며 치료로 인한 합병증이 발생 할 수 있으며 가끔 근관 치료 후에 추가적 수술 (치근첨절제술)이 필요할 수 있음을 알고 있습니다. 모든 최대한의 노력에도 불구하고 치아를 잃을 수 있다는 것을 이해하고 있습니다. 종종 치아 골절이나 충치를 예방하기 위해 이전에 치료받은 치아를 최대한 빨리 수복해야 합니다.

8. **발치** 이니셜 _____

   발치 외에 대체 치료법 (근관 치료법, 크라운과 치주수술, 등)에 대한 설명을 들었습니다. 발치가 항상 존재하는 염증을 제거하지 않는다는 것을 이해하고 있으며 추가적 치료를 필요로 할 수 있습니다. 통증, 부기, 염증 확산, 드라이 소켓, 무기한동안 치아, 입술, 혀와 주변 조직에 감각 손실 (감각 이상)이나 턱 골절과 같은 발치와 관련된 위험요소에 대해 알고 있습니다. 부정교합이 생길 수도 있음을 이해합니다. 30 일을 초과한 환자 본인의 지연으로 인해 재재작이 필요할시, 추가 요금이 발생합니다.

9. **틀니** 이니셜 _____

   틀니를 끼는 것이 어렵다는 것을 이해합니다. 통증, 말투 변화와 식사의 어려움은 흔한 문제입니다. 즉시의치 (발치 직후에 의치 착용)은 고통스러울 수 있습니다. 즉시의치는 오랜 적응과 여러번의 재이장을 필요로 할 수 있습니다. 나중에 영구적 재이장이 필요합니다. 이는 본래 틀니 비용에 포함되어 있지 않습니다. 틀니를 받으러 돌아오는 것이 환자 본인의 책무라는 것을 이해합니다. 틀니를 받으러 오지 않을 시에는 틀니가 잘맞지 않을 수 있음을 이해합니다. 환자 본인의 30 일 이상의 지연으로 재재작이 필요할 시에는 추가 요금이 발생합니다.

10. **성형용 치료** 이니셜 _____

    성형용 치료는 보험처리가 되지 않을 수 있습니다. 이는 어금니 도재전장관, 미용 미백, 성형용 본딩과 라미네이트를 포함합니다.

11. **선택적 치료 (골 이식 & 상악동 거상술)** 이니셜 _____

    보험급부에서 제외된 치료의 필요성에 대한 설명을 들었습니다. 진행하기로 선택하였다면 금을 포함한 귀금속의 사용과 비용은 환자 본인의 동의하에 이루어질 것입니다.

본인은 환자 본인에게 설명드린 치아 수복과 치료를 어느 의사나 진행하고 실시하는 것을 허가합니다. 본인은 어떤 치과 보험을 갖고 있는지와 관계없이 치과 비용을 지불해야 할 책무가 있음을 이해합니다. 본인에게 제공된 치료가 불필요하거나, 허가되지 않았거나 적절하지 않게, 소홀하게 또는 무능하게 실행했다고 주장하고 싶을 때 모든 분쟁은 동료심사를 위해 미국치과협회에 소속된 적절한 치과의사회에 제출해주십시오. 동료심사의 결과는 양쪽 모두 받아드려야 합니다. 본인은 위에 1-11 항목에 나와있는 모든 내용을 읽고, 이해하고 동의합니다.

_____ 날짜_____

환자 혹은 환자의 법적 보호자 서명

개인정보 정책 관련 고지

이 고지는 귀하의 건강 정보가 어떻게 사용되거나 노출 될 수 있는지, 그리고 이 정보에 귀하가 어떻게 접근할 수 있는지에 대하여 알려 줍니다. 주의 깊게 검토하십시오. 귀하의 건강 정보에 대한 보호는 저희에게 중요합니다.

건강 정보의 사용처 및 공시

우리는 귀하의 치료, 대금 납부, 및 의료 서비스 활동 등에 관련된 건강 정보를 사용하고 공시합니다. 예를 들어서:

치료 : 우리는 의사나, 귀하에게 치료를 제공하는 다른 의료 서비스 제공자나, 가족 및 귀하가 승인한 친구들에게 귀하의 건강 정보를 공개할 수도 있습니다.

대금 납부: 우리는 우리가 귀하에게 제공하는 서비스에 대한 대금을 지불 받기 위해 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

의료 서비스 운영: 우리는 귀하의 의료 서비스 운영과 관련하여 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 의료 서비스 운영은 품질 평가와 개선 활동, 의료 전문가의 경쟁력과 자격을 검토하고, 의사와 서비스 제공자의 성과를 평가하며, 트레이닝 프로그램의 수행, 인증, 자격증, 그리고 면허 혹은 자격을 인정받을 수 있는 활동들을 포함합니다.

귀하의 인가: 치료 및 의료 서비스 활동에 대한 대금 납부를 위한 귀하의 건강 정보 사용 이외에, 귀하는 우리에게 서명으로 귀하의 건강 정보에 대한 사용이나 그 정보를 어떠한 목적으로든 타인에게 공개할 수 있는 권한을 인가 할 수 있습니다. 귀하는 또한 프라이버시를 보장하기 위하여 개인 건강 정보 (PHI) 공개나 기타 다른 형태의 정보 전달에 대하여 제한을 요청할 권리가 있습니다.

건강 관련 마케팅 서비스 : 우리는 귀하의 서명승인 없이 귀하의 건강 정보를 마케팅 커뮤니케이션 목적으로 사용하지 않겠습니다.

법률 규제: 우리는 법률 또는 국가 안보 활동에 의해 그렇게 하도록 요구하는 경우 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

남용 및 방치: 우리는 남용이나 방치가 의심될 때, 관련 기관에 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

예약 확인: 우리는 (음성 메세지나 엽서, 편지 등의 방법으로) 귀하에게 예약 확인을 하기 위하여 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

환자의 권리

접근: 귀하는 제한된 예외 사항을 제외하면 귀하의 건강 정보를 보거나 사본을 받을 수 있는 권리가 있습니다. 귀하가 사본을 요청하는 경우, 우리는 귀하에게 귀하의 정보를 찾고 복사하고, 우편으로 요청할 경우 우표 가격까지 포함하여 합리적인 요금을 부과할 것입니다.

질문 및 불만 사항

귀하가 우리의 개인정보 정책에 대하여 추가 정보를 원하거나 질문 및 걱정이 있다면, 문의 바랍니다.
만약 귀하가 귀하의 개인정보 에 대한 권리를 침해 받았다고 생각이 되거나, 귀하의 건강 정보에 대한 접근, 혹은 귀하의 건강 정보의 사용 및 공개를 제한해 달라는 귀하의 요청에 대한 응답으로 우리가 내린 결정에 동의하지 않을 경우, 귀하는 이 공지의 마지막에 나와 있는 계약 정보를 사용하여 우리에게 불만을 제기할 수 있습니다.
귀하는 또한 미국 보건 복지부에 서명으로 이의를 제출 할 수 있습니다. 우리는 귀하가 불만 사항을 접수할 수 있는 미국 보건복지부의 서비스 주소를 요청에 따라 제공할 것입니다.
우리는 귀하의 건강 정보에 대한 개인 정보 권리를 지원합니다. 귀하가 미국 보건 복지부에 우리에 대한 불만을 접수하기로 결정하더라도 우리는 어떠한 방법으로든 보복하지 않을 것입니다.
개인 정보 보호/계약 담당자가 이 사무실에 지정되어 있습니다. 우리의 프런트 데스크 직원에게 문의하시면 개인 정보 보호/계약 담당자에게 연결해 드릴 것입니다.

개인정보 정책 및 필요 시 개인 건강 정보 사용에 대한 동의 접수에 대한 환자의 승인

본인, _____은/는 이 진료실의 개인정보 보호 정책 고지의 사본을 받았습니다.
(환자 이름)
연방 법이 요구하는 대로, 본인은 개인정보 정책 관련 고지에 설명된 대로 치료, 대금 납부 및 의료 서비스 활동 중 이 진료실에 의한 본인의 개인 건강 정보의 사용 및 공개에 동의합니다.

_____ 날짜_____
환자 혹은 환자의 법적 보호자 서명

환자 서비스 동의서

본인은 본인의 보호된 건강 관련 정보와 관하여 확실한 개인 사생활 권리를 가지고 있음을 이해합니다. 본인은 건강 보험 이동성 및 책임 1996 항 (HIPAA) 하에 이 권리를 가집니다. 본인은 이 동의서에 서명함으로써, 귀하가 업무 처리를 위해 본인의 보호된 건강 관련 정보를 사용하고 노출하는 것을 승인합니다:

치료 (본인의 치료에 관여되어 기타 의료 서비스 제공자에 의한 직접 또는 간접적인 치료 포함)

제 3 자 납부자로부터 납부금 획득 (본인의 보험사)

본인의 요청에 따라 본인의 보호된 건강 관련 정보 사용과 노출 및 HIPAA 하의 본인의 권리에 대한 더욱 상세한 설명을 포함한 귀하의 개인정보 보호정책 설명서 사본을 소유할 수 있습니다. 본인은 귀하가 때때로 이 설명서 약정을 변경할 수 있는 권리를 가지고 있음을 이해하며 본인이 가장 최근의 이 설명서를 획득하기 위해 귀하에게 언제든지 연락을 취할 수 있음을 이해합니다.

본인은 치료, 결제, 및 건강 관리 의료 서비스 처리를 위한 본인의 보호된 건강 관련 정보의 사용과 노출 방법에 관련한 제한 규정을 요청할 권리를 지니고 있으나 귀하는 다음의 요청된 제한 규정에 동의하도록 요구 받지 않는다는 것을 이해합니다. 그러나 귀하께서 동의할 경우, 이 제한 규정을 준수해야 합니다.

본인이 언제든지 서면으로 이 동의서를 취소할 수 있음을 이해합니다. 그러나 본인이 이 동의서를 취소하기 전 날짜에 발생한 모든 사용 또는 노출은 영향을 받지 않습니다.
본인은 이 서비스 동의서 내 약정을 읽었고 동의합니다.

_____ 날짜_____
환자 / 부모 또는 법적 후견인 서명

오피스 재정 정책

본인은 본인이 이 양식에 제공한 정보가 본인이 알고 있는 하 가장 정확한 정보를 제공하였으며 본인의 의료적 상태에 어떠한 변화가 있을 시 해당 사무실에 알릴 책임이 있음을 확인하였습니다. 본인은 본인의 보험사가 유나이티드 덴탈 그룹에 직접 납부하는 것을 승인하고, 본인은 공제 가능 지불 금액, 고용인 부담 금액, 본인의 보험이 부담하지 않는 모든 잔액에 대해 책임이 있음을 이해합니다. 본인은 또한 제공받은 전문 서비스에 대한 요금을 30일 이내에 지불 가능함을 이해합니다. 매 월 1%의 서비스 요금이 60일 이상 된 계정 잔액에 추가될 것이며, 이것은 연간 12%입니다. 본인의 계정이 연체 계좌가 될 경우, 본인의 계정이 요금 징수를 위한 제 3자에게 조회될 수 있음을 이해합니다. 본인의 계정이 요금 징수를 위해 조회될 경우, 해당 계정에 $75의 처리 수수료가 적용될 것입니다. 본인은 또한 본인의 계정이 정상화가 될 때까지 본인의 계정 아래에 있는 모든 사람에 대하여 미래의 치과 서비스가 제한될 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 본인의 청구를 처리하기 위하여 유나이티드 덴탈 그룹이 모든 요구되는 정보를 사용할 수 있음을 허가합니다.
본인은 서비스 제공 기간이 요금 납부 기한임을 이해합니다. 예약 시간 24시간 이전에 취소되지 않은 모든 확약된 예약에 대해 $75.00의 취소 연기 벌금이 부과될 것입니다. 예약 후 내원하지 않은 모든 확약된 예약에 대해 $75.00의 결석 벌금이 부과될 것입니다. 본인은 치과 기록 및 X-ray 정보 사용에 대한 $50.00의 요금이 있음을 이해합니다. 본인은 또한 CT에 대한 별도의 $200.00의 요금이 있음을 이해합니다.

보험: 치과 보험에 대한 오해를 방지하기 위하여, 저희는 환자가 본인에게 직접적으로 제공되는 모든 전문 서비스가 변경될 수 있고 환자가 요금 납입에 대한 개인적인 책임을 져야함을 숙지하고 있기를 바랍니다. 요금의 완납 (또는 부분 납입)에 따라 저희는 환자가 보험사로부터 환자의 혜택을 이용할 수 있도록 필요한 양식 또는 보고서를 제공할 것입니다. 저희는 보험사가 환자의 모든 요금을 납부하는 기본 서비스를 제공하지 않습니다. 각각의 요금은 환자 개인에 따라 상이합니다.

본인은 이 공식 오피스 재정 정책 내의 내용을 읽었고 이에 동의합니다.

_____ 날짜_____
환자 / 부모 또는 법적 후견인 서명