SPORTSCARE Physical Therapy

Orthopedic Rehabilitation Specialists

작성 하신 모든 정보는 환자분 이외의 제공되지 않습니다.

4310 Johns Creek Parkway, Suite 130
Suwanee, GA 30024
(770) 495-0610

3655 Howell Ferry Road, Suite 300
Duluth, GA 30096
(678) 878-2192

(**영어**로 써주시길 바랍니다.)

성함:_____ 별명[Nickname] :_____

주소: _____ 생년월일 [DOB]: _____/_____/_____

도시:_____ 주:_____ ZIP CODE:_____ 주민등록번호 [SSN]:_____-_____-_____

성별: (여[F] / 남[M]) 혼인 여부:_____ 직업:_____

[Primary] 일차 보험 회사:_____ [Secondary]이차 보험 회사: _____

고용주 (이름과 주소):_____

[Student] 환자분이 학생이십니까? (네/아니요). 학생인 경우, 학교 이름을 써주세요:_____

연락처 정보:

예약 알림을 받기 편한 방법을 ✓으로 표시 해주세요

(두개 이상 표시할 수 있습니다)

☐ 전화 ☐ 이메일 ☐ 문자

이메일 주소: _____

전화번호: ☐ 집(_____) _____-_____ ☐ 직장(_____) _____-_____ ☐ 휴대폰: (_____) _____-_____

연락하기 편한 번호를 ✓ 으로 표시 해주세요

긴급 연락처:

성함: _____ 관계:_____ 전화번호:_____

일차 보험 가입자 정보 (본인이 아닌 경우):

성함:_____ 가입자와 환자의 관계:_____

생년월일 [DOB]: _____/_____/_____ 사회보장번호 [SSN]: _____-_____-_____

주소랑 전화번호 (위에 쓰신 정보랑 다를 경우):

_____ ( ) -_____-_____

가입자의 고용주:_____ 도시:_____

이 부상은 업무와 관련이 있습니까? (예 / 아니요)

이 부상은 자동차 사고와 관련이 있습니까? (예 / 아니요) **사고 지역:** _____

SPORTSCARE Physical Therapy
Orthopedic Rehabilitation Specialists

환자 병력

성함: _____ 의뢰 의사: _____
가족 주치의: _____ 부상 때문에 첫 번째 의사의 방문은 언제였나요?:_____
이 부상으로 인해 마지막으로 일했던 때가 언제입니까?: _____ 직업: _____
언제 직장으로 돌아갔습니까?: _____ 이부상 때문에 변호사를 고용했습니까? ☐ 네 ☐ 아니요
이 부상에 대해 수술을 받았나요? ☐ 예 ☐ 아니요 수술 횟수: 어떤 수술을 받았습니까: _____
업무상 부상인가요? ☐ 네 ☐ 아니요 교통사고로 인한 부상인가요? ☐ 네 ☐ 아니요 사고 지역: _____
1. 처방약이나 처방전 없이 조제 약을 복용하고 계십니까? ☐ 네 ☐ 아니요

[Anti-Inflammatories]	소염제	☐	기타
[Muscle Relaxer]	근육 이완제	☐	_____
[Pain Medication]	진통제	☐	_____

2. 이 부상을 치료하기 위해 의학적이거나 재활적인 치료를 받으셨습니까?

		예	아니요			예	아니요
[CHIROPRACTIC]	카이로프랙틱	☐	☐	[CT SCAN]	CT 스캔	☐	☐
[EMG/NC]	근전도/신경 전도 검사	☐	☐	[GENERAL PRACT.]	일반의사	☐	☐
[MASSAGE THERAPY]	마사지 치료	☐	☐	MRI		☐	☐
[MYELOGRAM[	척수 조영상	☐	☐	[NEUROLOGIST]	신경과	☐	☐
[OT]	오큐페이셔널 테라피	☐	☐	[ORTHOPEDIST]	정형외과	☐	☐
[PT]	물리 치료	☐	☐	[PODIATRIST]	발병 전문가	☐	☐
[ER CARE]	응급실 치료	☐	☐	[X-RAY]	엑스레이	☐	☐

기타:_____

3. 현재 건강 상태를 어떻게 평가하십니까? ☐아주 좋음 ☐좋음 ☐보통 ☐안 좋음
4. 통증 정도를 0 부터 10 까지 평가해 주세요:
쉴때: _____/10 제일 아플때: _____/10
5. 아래에 열거된 병이나 증상이 발생한 적 있습니까?

[CARDIOPULMONARY] 심폐:		예	아니요			예	아니요
[ASTHMA/BRONCHITIS]	천식/기관지염	☐	☐	[SKIN RASH]	피부 발진	☐	☐
[CHEST PAIN]	짧음 호흡/가슴 통증	☐	☐	**[OTHER] 기타:**			
[HEART DISEASE/ANGINA]	관상 심장 질환/협심증	☐	☐	[DIABETES]	당뇨병	☐	☐
[PACEMAKER]	심박 조율기	☐	☐	[THYROID]	갑산선종	☐	☐
[HIGH BLOOD PRESSURE]	고혈압	☐	☐	[EARS RINGING]	귀에 울림	☐	☐
[HEART ATTACK/SURGERY]	심장 마비/ 심장 수술	☐	☐	[WEAKNESS]	약함	☐	☐
[BLOOD CLOT/EMBOLI]	혈전/혈색전	☐	☐	[WEIGH/ENERGY LOSS]	체중 감량	☐	☐
[ANEMIA]	빈혈	☐	☐	[HERNIA]	탈장	☐	☐
[NEUROLOGIC] 신경의:				[TUBERCULOSIS]	폐결핵	☐	☐
[EPILEPSY/SEIZURES]	간질병/발작	☐	☐	[ALLERGIES]	알레르기	☐	☐
[STROKE/TIA]	뇌졸중/허혈성 발작	☐	☐	[HEADACHES]	심한두통	☐	☐
[MUSCULOSKELETAL] 근골격의:				[NUMBNESS/TINGLING]	절임/얼얼함	☐	☐
[PINS/IMPLANTS]	핀/ 금속 임플란트	☐	☐	[INFECTIOUS DISEASE]	전염병	☐	☐
[JOINT REPLACEMENT]	관절 칠환	☐	☐	[DIZZINESS/FAINTING]	현기증/실신	☐	☐
[NECK SURGERY/INJURY]	목 수술/부상	☐	☐	[CANCER/CHEMOTHERAPY]	암/화학요법	☐	☐
[SHOULDER SURGERY/INJURY]	어깨 수술/부상	☐	☐	[BOWEL/BLADDER]	장/방광 질환	☐	☐
[ELBOW SURGERY/INJURY]	팔꿈치/손 수술/부상	☐	☐	[GOUT]	통풍	☐	☐
[BACK SURGERY/INJURY]	허리 수술/부상	☐	☐	[SLEEPING PROBLEMS]	불면증	☐	☐
[KNEE SURGERY/INJURY]	무릎 수술/부상	☐	☐	[EMOTIONAL/PSYCH.]	정서/심리적 문제	☐	☐
[LEG/ANKLE]	다리/발목 수술/부상	☐	☐	[SMOKE]	흡연자	☐	☐
[ARTHRITIS]	관절염	☐	☐	[PREGNANCY]	임신	☐	☐
[OSTEOPOROSIS]	골다공증	☐	☐				

6. 다른 모든 정보 나열해 주세요: _____
7. 본인의 진단이 무엇인지 알고 계십니까? 예 ☐ 아니요 ☐
8. 본인의 인식에 근거하여, 치료 받는 동안 어떤 기대를 갖고 있습니까? _____
9. Sports Care Physical Therapy 에 대해 어떻게 들었나요? _____

환자/부모/후견인 서명 _____ 날짜_____

SPORTSCARE Physical Therapy
Orthopedic Rehabilitation Specialists

치료 동의

아래 서명자인 저는 이에 동의하며, ***SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.***가 자신의 신체적과 정신적 상태를 진단하거나 치료하는데 필요하고 적절하다고 생각되는 (환자 성함)_____에게 의료 및 치료를 제공하기로 동의합니다.

환자/부모/후견인 서명 _____ 날짜_____

의료 보험 혜택/정보의 공개

의료 보험, 메디케어, 개인 보험 및 제 3 자 지불인을 포함하여 제가 받을 수 있는 주요 의료 혜택을 포함하기 위해 모든 의료 혜택을 ***SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.***에 할당합니다. 이 할당량의 복사본은 원본만큼 유효한 것으로 간주됩니다. 본인은 지불을 보장하기 위해 의료 기록을 포함하여 필요한 모든 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여합니다.

환자/부모/후견인 서명 _____ 날짜_____

금융의 성명 정책

우리는 당신의 보험회사에 단지 호의로 청구하겠습니다. 서비스가 제공되면 전체 청구서에 대한 책임은 귀하에게 있습니다. 우리는 오늘 당신의 예상 주식의 지불을 위한 준비가 필요합니다. 만약 당신의 보험회사가 60 일 이내에 대금을 송금하지 않는다면, 잔액은 당신으로부터 전액 지불될 것입니다. 보험회사가 지불한 대금의 환불을 요청하는 경우, 보험회사에 환급된 금액에 대한 책임은 귀하에게 있습니다. 보험 회사가 내부 일반 및 고객 수수료 일정을 수립하는 경우, 남은 차액은 귀하가 부담합니다. 당사가 청구한 서비스에 대해 귀하에게 직접 지불하는 경우 귀하는 즉시 ***SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.,***에 제출해야 할 의무를 인식하고 있습니다.
위의 사항은 근로자의 보상으로 간주되는 또는 잔액 청구 계약으로 혜택을 받은 환자에게는 적용되지 않을 수 있습니다. 단, 근로자의 보상 혜택을 청구했다가 나중에 이러한 혜택을 받지 못할 경우, 귀하에게 제공되는 서비스에 대한 총 수수료 금액에 대해 책임을 질 수 있습니다. **저희 사무실인 *SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.* 는 보험혜택을 보증합니다. 하지만 귀사의 보험이 귀사의 복지 제도에 대해 제공한 잘못된 정보에 대해서는 책임을 지지 않습니다.**

수표로 지불하는 경우: 어떤 이유로든 수표가 부도나 반환되는 경우, 사용자는 수표의 금액과 주 최대 법정 한도(해당 판매세 포함)까지의 처리 수수료를 더한 금액을 전자적으로 차변할 수 있는 권한을 ***SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.*** 에 명시적으로 부여합니다.
참고: 위의 언어는 주정부 허용 복구 수수료에 대한 귀하의 계정에 대한 전자 차변표를 승인합니다.

National Automated Clearing House 협회의 규정에 따라 (888) 235-4635 로 전화하여 전자 거래 허가를 취소할 수 있습니다. 그렇다고 해서 반환된 수수료 수표를 다른 방법으로 회수할 수 없다는 뜻은 아닙니다.

만약 제 계좌가 저희 콜렉션 에이전시에 지불을 위해 보내진다면, 제 총 청구서를 34%까지 인상하는 추가 요금을 받을 것이라는 것을 이해하고 동의합니다. 필요한 변호사 비용 및 소송 비용도 제가 책임질 것임을 더 깊이 이해합니다.

저는 제 계좌의 지불에 대한 저의 책임을 이해합니다.

환자/부모/후견인 서명 _____ 날짜_____

SportsCare Physical Therapy
Orthopedic Rehabilitation Specialists

예약 취소 및 결석 정책

SportsCare Physical Therapy 에 오신 것을 환영합니다. 다른 환자의 스케줄링 요구를 수용하고 직원 요구 사항을 적절히 스케줄링할 수 있도록 하기 위해 24 시간 통지를 통해 취소 또는 예약을 취소하거나 다시 예약할 수 있습니다.

24 시간 예고 없이 취소하면 $25 의 수수료가 (당신의 보험회사가 아닌) 귀하에게 청구되며, 다음 방문 전에 회수될 것입니다. 예고 없이 여러 번 약속을 취소할 경우, 저희 직원의 재량에 따라 귀하가 퇴원될 수 있다는 점에 유의하시기 바랍니다.

또한 토요일 약속에 대한 수요가 높기 때문에 금요일 아침까지 예약이 누락되거나 예고 없이 취소될 경우 주말 서비스에서 귀하가 결격될 수 있습니다.

이 정책에 협조하여 다른 환자, 응급 서비스가 필요한 환자과 저희 직원들에게 경의를 해주셔서 감사합니다.

예약된 약속을 취소하려면 SportsCare Physical Therapy 에 24 시간 통지가 필요한 것으로 알고 있습니다. 늦은 취소 및/또는 약속 불이행에 대한 재정적 책임이 있으며 $25 의 수수료가 부과될 것으로 알고 있습니다.

환자/부모/후견인 서명 _____ 날짜_____

환자 정보 관행에 대한 공지

이 공지사항은 사용자에 대한 의료 정보를 사용하거나 공개할 수 있는 방법과 정보에 접속할 수 있는 방법을 설명합니다. 잘 검토해 주세요.

SportsCare Physical Therapy 법률상의 의무

SportsCare Physical Therapy 는 법에 따라 보호되는 건강 정보의 프라이버시를 보호하고, 당사의 정보 관행에 대한 이 통지를 제공하고, 여기에 설명된 정보 관행을 따르도록 요구됩니다.

의료 정보 사용 및 공개

SportsCare Physical Therapy 는 주로 보호되는 건강 정보를 치료, 치료비 지급, 내부 관리 활동 수행 및 당사가 제공하는 관리 품질 평가에 사용합니다. 예를 들어, SportsCare Physical Therapy 는 보호되는 건강 정보를 사용하여 예약 알림을 제공하거나 치료 대안 또는 기타 건강 관련 혜택에 대한 정보를 사용자에게 제공할 수 있습니다.

또한 SportsCare Physical Therapy 는 공중 보건, 감사 목적, 연구 연구 및 비상 시 사전 승인 없이 보호되는 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 우리는 또한 법률이 요구할 때 정보를 제공합니다.

SportsCare Physical Therapy 는 정기적으로 마케팅 자료 개발을 위한 환자의 사전 허가를 받지 않고 기록에 포함된 보호 건강 정보를 사용합니다. 이러한 방식으로 사용되는 보호되는 건강 정보는 기록 그룹과 개인의 기록을 구별할 수 있는 모든 정보를 제거하여 "불식별"됩니다.
SportsCare Physical Therapy 는 환자의 건강 정보 판매에 참여하지 않습니다. 정보가 판매되는 경우 사전 통지 및 서면 승인이 필요합니다.

다른 상황에서는 보호되는 건강 정보를 공개하기 전에 서면 승인을 받는 것이 SportsCare Physical Therapy 의 정책입니다. 귀하가 어떠한 이유로든 당사에 귀하의 정보를 공개하기 위한 서면 허가를 제공하신다면, 추후 귀하는 언제든지 그 승인을 취소할 수 있습니다.

환자의 권리

사용자는 언제든지 보호된 건강 정보 사본을 검토하거나 받을 수 있습니다. 귀하는 귀하의 기록에서 부정확하거나 불완전한 정보를 수정해 줄 것을 요청할 권리가 있습니다. 또한 귀하는 치료, 지급 또는 기타 관련 관리 목적 이외의 사유로 보호되는 건강 정보를 공개하는 경우의 목록을 요청할 수 있습니다. 서류, 인건비, 우송료, 설명서 작성 등에 대한 수수료가 부과될 수 있습니다.

귀하는 또한 서면으로 귀하가 특별히 승인한 경우를 제외하고 치료, 지불 및 관리 목적으로 보호되는 건강 정보를 이용하거나 공개하지 말아 달라고 요청할 수 있습니다. 단, 법률에서 요구하는 경우 또는 긴급한 경우입니다. SportsCare Physical Therapy 는 이러한 모든 요청을 사례별로 검토하지만, 이를 수용하기 위해 법적 의무가 있는 것은 아닙니다.

만약 귀하가 (공동 지불이나 공제뿐만 아니라) 특정 치료의 모든 것에 대해 돈을 지불하고 그 치료의 건강보험을 청구하지 않는다면, 귀하는 이정보를 보험회사에게 공개하지 말아달라고 요청할 수 있습니다.

정보 침해가 발생할 경우, SportsCare Physical Therapy 가 해당 개인에게 합리적인 기간 내에 60 일을 초과하지 않도록 통지합니다.

우려와 불만사항

보호되는 건강 정보에 대한 접근 또는 공개와 관련된 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 아래 주소로 당사 담당자에게 문의하시기 바랍니다. U.S. Department of Health and Human Services 에 고소장을 보낼 수도 있습니다. SportsCare Physical Therapy 의 건강 정보 관행에 대한 추가 정보나 불만 사항이 있으시면 아래 연락처로 문의해 주십시오.

SportsCare Physical Therapy

3655 Howell Ferry Road, Suite 300, Duluth, GA, 30096

(678) 878-2192 FAX: (678) 878-2194

환자 정보 확인 양식

저는 스포츠케어 물리치료의 정보관리통지를 읽고 충분히 이해했습니다. 스포츠케어 물리치료사는 치료 수행, 지불 획득, 제공된 서비스의 품질 평가, 치료 또는 지불과 관련된 행정업무의 목적으로 보호되는 건강정보를 사용하거나 공개할 수 있는 것으로 알고 있습니다. 진료, 지불 및 행정업무에 대해 보호되는 의료정보가 어떻게 사용되고 공개되는지를 제한할 수 있는 권한이 있는 것으로 알고 있습니다. 또한 SportsCare Physical Therapy 의 PT/OT 는 사례별로 제한 요청을 고려할 것이지만 제한 요청에 동의할 필요는 없습니다.

스포츠케어 물리치료의 정보통지에 명시된 바와 같이, 저는 보호되는 건강정보를 목적에 맞게 사용하고 공개하게 된 것을 인정합니다. 저는 언제든지 서면으로 이 사실을 통지함으로써 이 인정을 취소할 권리를 가지고 있는 것으로 알고 있습니다.

_____

성함

_____

서명

_____

날짜