

환자 정보(PATIENT INFORMATION)

환자의 이름(Name) \_\_\_\_\_ 환자의 생년월일(DOB) \_\_\_\_\_ 남성(M)/여성(F)

저희 병원에 형제나 자매가 있습니까? 이름(Name) \_\_\_\_\_ 생일(DOB) \_\_\_\_\_

Does this patient have any brother or sister? Y/N \_\_\_\_\_ 환자의 국적(Ethnicity) \_\_\_\_\_

법적 보호자(Responsible Party) \_\_\_\_\_ 환자와의 관계( Relationship to Patient) \_\_\_\_\_

이메일 EMAIL ADDRESS : \_\_\_\_\_

가족 정보(FAMILY INFORMATION)

어머니의 이름(Mother' Name) \_\_\_\_\_ 생년월일(DOB) \_\_\_\_\_

전화번호(Cell Phone #) \_\_\_\_\_ 운전면허증 번호(Driver's License) \_\_\_\_\_

집 주소(Address) \_\_\_\_\_ 시(CITY) \_\_\_\_\_ 우편번호(ZIP) \_\_\_\_\_

아버지의 이름(Father' Name) \_\_\_\_\_ 생년월일(DOB) \_\_\_\_\_

전화번호(Cell Phone #) \_\_\_\_\_ 운전면허증 번호(Driver's License) \_\_\_\_\_

집 주소(Address) \_\_\_\_\_ 시(CITY) \_\_\_\_\_ 우편번호(ZIP) \_\_\_\_\_

부모(Parents) : 싱글(Single) \_\_\_\_\_ 결혼(Married) \_\_\_\_\_ 이혼(Divorced) \_\_\_\_\_

보험카드는 저희가 복사할 수 있도록 접수 담당자에게 당신의 보험 카드를 주십시오.

응급상황에 저희가 통화할 수 있는 분에 성함과 전화번호를 써주십시오(엄마 아빠 외에)  
(Emergency Contact, other than Mom of Dad)

이름(First and Last Name) \_\_\_\_\_ 관계(Relationship) \_\_\_\_\_

전화번호(Phone #) \_\_\_\_\_

저희 병원을 누가 소개해 주었습니까? (Who may we thank for referring you to our office?) \_\_\_\_\_

COPAY 와 DEDUCTIBLE 은 환자의 보험에 계약되어 있는것 입니다. 만약에 거절하실 경우, 보험계약을 위반하는것 입니다.  
만약에 COPAY 와 DEDUCTIBLE 을 받지 못하면, 저희 병원도 계약위반이 되기 때문입니다.

COPAY 는 병원 방문때 내시는 겁니다. DEDUCTIBLE 은 저희가 먼저 보험회사에청구를 하고, 나중에 필요하면 내시면 됩니다.

Notice to Consumers: Medical doctors are licensed and regulated by the Medical Board of California (800)633 – 2322 [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)

**AUTHORIZATION:** I hereby authorize the physician above to furnish information to insurance carriers concerning this illness/accident and I  
Hereby assign to the doctor all payments for medical services rendered. I authorize Dr. Jeong ok Lee and such physicians, Associates, assistants  
and other personnel for treatment of any illnesses/accidents. I understand that I am financially responsible for al charges whether or not  
covered by insurance. I understand that Dr. Jeong-ok Lee and associates are licensed and regulated by Medical Board of California

X \_\_\_\_\_  
PLEASE SIGN HERE

RESPONSIBLE PARTY SIGNATURE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
TODAY'S DATE

# New Patient Medical History Form

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Today's Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sex: \_\_\_

### Birth History

Length of pregnancy: \_\_\_\_\_ weeks \_\_\_\_\_ days  
 or,  term  preterm  
 Birth Weight (kg/lb): \_\_\_\_\_ Length (cm/in): \_\_\_\_\_  
 Vaginal delivery  C-section  breech  twin  
 Complications or problems in newborn period:  
 breathing problem  jaundice  
 feeding problem  infection ( \_\_\_\_\_ )  
 NICU stay (reason: \_\_\_\_\_ )  
 other: \_\_\_\_\_  
 Complications or problems during pregnancy:  
 \_\_\_\_\_  
 Medications taken during pregnancy:  
 \_\_\_\_\_

### Surgery History (please include year or age)

No history of surgery or procedure  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

### Hospitalization (please include year or age)

No history of hospitalization  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

### Current Medications

Name of medication	Dosage and Frequency	Reason for medication

### Allergies

Please list the name and reaction to each allergen  
 Medication: \_\_\_\_\_  
 Food: \_\_\_\_\_  
 Insects: \_\_\_\_\_  
 History of severe allergic reaction: \_\_\_\_\_

### Development History

Sat alone at age \_\_\_\_\_  
 Walked by self at age \_\_\_\_\_  
 First tooth at age \_\_\_\_\_  
 Spoke 2-word sentences at age \_\_\_\_\_  
 Toilet trained at age \_\_\_\_\_

### Social History

Patient lives with (list all adults and children):  
 Mother  Father  Grandmother  Grandfather  
 Sisters (how many? \_\_\_\_\_)  Brothers (how many? \_\_\_\_\_)  
 Other: \_\_\_\_\_  
 Are parents:  married  divorced  
 (if divorced,  single custody  double custody)  
 Patient lives with:  
 biological parent(s)  adoptive family  foster family  
 Family smoking:  no  yes  
 (if yes,  inside the house  outside the house)  
 Pets:  no  yes (what kind? \_\_\_\_\_)  
 Lives in:  house  apartment  built prior to 1980  
 Language:  English  Spanish  Korean  other: \_\_\_\_\_

### Medical History (Please check all past and current problems)

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Developmental problem
<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Autism
<input type="checkbox"/> Chicken pox	<input type="checkbox"/> Congenital or genetic problem
<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Frequent ear infections	<input type="checkbox"/> HIV or other STD's
<input type="checkbox"/> Heart murmur or heart problem	<input type="checkbox"/> ADHD/depression/anxiety
<input type="checkbox"/> Kidney or bladder infection	<input type="checkbox"/> History of serious injuries/trauma
<input type="checkbox"/> Seizure or other neurological problem	<input type="checkbox"/> History of bone fracture
<input type="checkbox"/> Problems with hearing or ears	<input type="checkbox"/> History of family violence
<input type="checkbox"/> Problems with vision or eyes	<input type="checkbox"/> History of drug abuse
<input type="checkbox"/> Anemia or bleeding problem	<input type="checkbox"/> Any other medical problems: _____
<input type="checkbox"/> Thyroid problem	_____

### Family Medical History

Please list all known medical problems in family members, including: Hypertension, diabetes, high cholesterol, tuberculosis infection, heart problems, stroke, cancer, genetic problems, thyroid problem, asthma, liver disease, kidney disease, hearing problem, seizure disorder, mental illness/depression, anemia or bleeding problem, and others.

Father:  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Mother:  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Paternal grandfather:  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Paternal grandmother:  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Maternal grandfather:  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Maternal grandmother:  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Uncle:  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Aunt:  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Sibling 1 (age \_\_\_\_\_):  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Sibling 2 (age \_\_\_\_\_):  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Sibling 3 (age \_\_\_\_\_):  healthy  deceased  \_\_\_\_\_  
 Sibling 4 (age \_\_\_\_\_):  healthy  deceased  \_\_\_\_\_

## 이정옥 소아과 환자 상호 협력 계획서

저희 병원에 오신것을 환영합니다.

저희는 환자께서 기대하시며 원하시는 건강 관리 서비스를 제공해 드리고자 합니다. 최상의 건강상태를 달성하기 위해 의사의 환자간의 상호 협력이 필요하며 다음과 같은 사항에 협력해 주시기 바랍니다.

정기적 신체 검사 외 권장해 드리는 정밀검사를 받으십시오.

의사는 각 개인의 나이, 성별 또는 가족 병력등에 합당한 건강 정밀 검사를 검토하며 환자는 의사가 진료상 필요한 검사들을 (유방암, 예방, 접종, 자궁암 검사) 반드시 받으셔야 합니다. 이러한 검사들을 통하여 심각한 질병을 검출해낼수 있으며 만일 환자가 현재의 문제에만 대처하고 정기적 건강 검진을 계획하지 않을시 심각한 질병을 발견하지 못하고 지나칠수있음을 알려드립니다.

약속 날짜를 반드시 지키시며 혹 놓치셨다면 재 예약하십시오.

환자가 진료를 받은후에도 의사는 환자의 상태가 어떻게 호전되고 있는지 알고자 합니다. 약속된 날짜와 다른 재 검진 날짜를 꼭 지키셔서 의사가 환자의 상태를 판단할수있는 기회를 제공하셔야 합니다. 이것은 재 진료시에 필요한 검사나, 전문의 추천, 약 처방, 더 나아가 심각한 질병을 검출해낼수 있는 기회가 됩니다. 약속 날짜를 지키지 못했을 경우 빠른 시일내에 다시 예약하시기 바랍니다.

의사의 권고를 따르지 않기로 결정하셨다면 알려주십시오.

의사가 검진후 환자의 최상 건강 상태를 위해 적절한 제안을 해 주시리라 믿습니다. 이 제안들은 처방전, 전문의 추천, 피 검사외 다른 정밀 검사일수도 있고 또 약속 날짜를 지키는것들이 모두 포함 됩니다. 만일 지시 사항들을 따르지 않을시 환자의 건강에 부정적인 영향을 가져올수 있으며, 만일 의사의 의견에 따르지 않기로 결정하셨다면 반드시 의사에게 알려셔서 검사가 지체 되거나 치료를 거부함으로써 따르는 위험에 대한 설명을 받으십시오.

환자는 개인의 건강 관리에 대해 아셔야 할 권한이 있습니다. 언제라도 궁금한 점이나 질문사항이 있으시 면 문의 하십시오. 협조해 주셔서 감사합니다.

저희 소아과에서는 환자가 “아픈 증상”이 있을경우에만 예약없는 진료가 (walk-ins) 가능합니다. 정기 체크업, 예방접종, 그 외에 다른 검진은 보지 않습니다. 예약없는 진료를 받을때에는 한가지의 주소만 체크하되 진료시간은 보통 체크업때에 비해 아주 짧고 대기 시간은 더 깁니다. 총 3 번의 예약없는 진료뒤에 환자의 기록은 없어지며, 더 이상 예약없는 진료를 받을 수가 없습니다.

---

환자또는 대리인서명

날짜

---

의사또는 대리인서명

날짜

Jeong-Ok Lee, M.D. 1801 W. Romneya Dr. Suite #606 Anaheim, CA 92801

Privacy Office: Office Manager, 714-635-0600

나는 개인 “정보 보호 정책” 에 대한 의료 행위 공지 사항 사본을 받았습니다.  
나는 “정보 보호 정책” 사본이 의사 사무실에 전시되어 있고 필요한 수정 정보는  
방문때 마다 볼수 있습니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

환자가 아닐 경우에, 관계를 표시하시기 바랍니다.

부모님 또는 미성년자의 보호자

부적격 환자의 보호자

환자 이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_