

LUMIN CARE

FAMILY CARE – URGENT CARE

Patient Registration * 진료 신청서

All **BOLDED** areas **MUST** be completed *굵은 글꼴로 되어 있는 공간은 꼭 채워주십시오.

Patient Name *환자 성명: _____ Date of Birth *생년월일: _____ Sex *성별: _____
 Social Security *소셜 시큐리티 #: _____ Marital Status *결혼여부: _____
 Physical Address *집주소: _____ CITY/STATE/ZIP: _____
 Phone *전화번호 1: _____ 2: _____
 E-mail Address *이메일 주소: _____ Name of Employer *직장 이름: _____
 Employer Address *직장 주소: _____ CITY/STATE/ZIP: _____

Consents and Contacts: Please indicate a person(s) with whom we may discuss your health /account. (HIPPA)

If the patient is a minor, these people will be authorized to bring him/her in for any medical treatment deemed necessary.

NOTE: If the patient is a minor, parent(s) must be listed.

동의와 규정: 환자의 건강상태나 병원계좌 내용을 상의할수 있는분을 적어주십시오. (의료개인정보보호법)
 환자가 미성년자일 경우 부모님의 정보를 입력해주셔야 합니다.

Name *성함: _____ Relationship to Patient *환자와의 관계: _____
 Phone *전화번호 1: _____ 2: _____
 Name *성함: _____ Relationship to Patient *환자와의 관계: _____
 Phone *전화번호 1: _____ 2: _____
 Name *성함: _____ Relationship to Patient *환자와의 관계: _____
 Phone *전화번호 1: _____ 2: _____

If you would like Lumin Health Physician Group to file with your insurance, these field MUST be completed.

*진료비를 보험청구 하시기 위해서는 밑에 있는 부분을 꼭 작성해주세요.

Primary Insurance Company *1차 건강보험회사 이름: _____ POLICY ID #: _____ GROUP#: _____
 Policy Holder *보험계약자 성함: _____
 Policy Holder's Relationship to Patient *보험계약자분과의 관계: _____
 Social Security *소셜 시큐리티#: _____ DOB *생년월일: _____ Phone # *전화번호: _____
 Address *집주소: _____ CITY/STATE/ZIP: _____
 Secondary Insurance Company *2차 건강보험회사 이름: _____ POLICY ID #: _____ GROUP#: _____
 Policy Holder *보험계약자 성함: _____
 Policy Holder's Relationship to Patient *보험계약자분과의 관계: _____
 Social Security *소셜 시큐리티#: _____ DOB *생년월일: _____ Phone # *전화번호: _____
 Address *집주소: _____ CITY/STATE/ZIP: _____

Does your insurance require to obtain referrals for specialist visit? Yes/ No

본인이 가지고 계신 건강보험회사에서 전문의에게 가계될경우 소개서를 필요로 하나요? 예/ 아니요

Primary Care Provider *지정병원: _____ Phone #전화번호: _____
 Address *병원주소: _____ CITY/STATE/ZIP: _____
 Preferred Pharmacy Name * 사용하고 있는 약국이름: _____ Phone # *전화번호: _____

Would you referred by a physician? If not, what was your deciding factor of choosing Lumin Health Care?

LUMIN CARE를 찾아주신 이유가 다른 병원에서 추천을 받고 오셨나요? 예 / 아니요
 아니신 경우, 어떤 이유로 저희 병원을 찾아주셨나요? _____

추천하신 의사의 성함: _____ 전화번호: _____