

# Patient Information 환자정보

First Name 이름		MI	Last Name 성		DOB 생년월일
Address 주소			City 도시	State 주	Zip 집코드
Home # 집전화번호		Cell Phone # 휴대전화번호		Work # 직장 전화번호	
Email: 이메일:					
Social Security # 소셜시큐리티	Race: 인종	Marital Status: 결혼여부 ___ Single ___ Married ___ Divorced ___ Widowed		How did you find out about us? 저희를 어떻게 찾으셨나요?	
Pharmacy Name, Location, Phone: 약국 이름, 주소, 전화번호:					
Primary Care Physician & Phone 가정의 이름 & 전화번호					
Employer: 직장:		Employer's Address: 직장 주소:			

## Insurance Information 보험정보

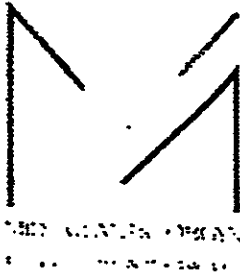
Name of Primary Insurance: 보험이름		Insurance Address: 보험 주소			
Insurance ID: 보험 ID:		Group # 그룹번호			
Subscriber's Name: 보험가입자이름		Subscriber's Social Security: 가입자 소셜번호		Subscriber's DOB: 가입자 생년월일	

## Emergency Contact Information 긴급연락정보

Last Name: 성		First Name: 이름		Relationship to Patient: 환자의 관계	
Address: 주소		City: 도시		State: 주	Phone # 전화번호

I certify that the information I have provide is accurate and understand that Mid-Atlantic OB-GYN will not be held responsible for a: charges not paid by my insurance company due to errors submitted on this form.

여기 기재된 정보가 정확하다는 것을 증명하며, Mid-Atlantic OBGYN에서는 허위기재된 정보로 인해 보험회사에서 지불하지 않은 비용에 대해 책임을 지지 않는 것을 증명함.



**Medical Information**

Patient Name/이름	DOB/생년월일	Age/나이:
-----------------	----------	---------

Reason for your visit today/방문이유:	How long have you had this problem?이 문제를 얼마동안 가지고 계셨습니까?
-----------------------------------	--

**Medical History**

Age at first period?초경 나이	Do you have regular monthly periods?생리가 매달 규칙적인가요? Yes (네)      No(아니요)	How often does your period come?생리주기는 며칠만에 돌아옵니까?
---------------------------	--	---

Periods are: 생리양: Mild (적은편)    Moderate (보통) Heavy (많은편)	First Day Last Menstrual Period 마지막 생리 의 첫날은 언제입니까?	Cramps 생리통: Yes(네)    No (아니오) If yes, Mild(적은편)    Moderate (보통) Severe (심한편)
---	--	---

Current Birth Control 현재 사용중인 피임:	Are you happy with your birth control? 현재 피임법에 만족하십니까? Yes (네)      No(아니요)	Sexual Orientation: 성적 성향	Marital Status: 혼인여부:
-----------------------------------	--	---------------------------	-----------------------

Do you have Fibroids? 자궁 근종이 있으십니까? Yes (네)    No(아니요)	Do you have ovarian cyst?난소 낭종이 있으십니까? Yes (네)    No(아니요)	Do you have endometriosis? 자궁내막증이 있으십니까? Yes (네)    No(아니요)
---	--	--

Are you sexually active? 현재 성관계 유/무?	Last Pap Smear: 마지막 자궁경부암검사 (달/연도) ____/____	Have you ever had an abnormal Pap? 예전 자궁경부암 검사 중 이상진단 유/무	If yes, please give year and any procedures: 전 이상진단시 치료시기/방법
--------------------------------------	---	---	--

Last Mammogram: 유방암검사 일시(달/연도) ____/____	Have you ever had and abnormal Mammogram? 유방암검사 중 이상진단 유/무?	If yes, please give year and any procedures: 전 이상진단시 치료시기/방법
---	---	--

Last Colonoscopy: 대장내시경 (달/연도) ____/____	Last Bone Density 골다공증 검사 (달/연도) ____/____
---	---

<b>Allergies: 알러지:</b>	<b>Reaction: 증상:</b>

**Medical History Continued....**

<b>Medications/복용중인 약:</b>	<b>Dosage/복용량:</b>

<b>Smoking History: 흡연:</b>  <b>Do you currently smoke? 현재 흡연하십니까?</b> _____ If yes, _____ packs/day (하루 흡연 양)  <b>Have you ever smoked? 과거에 흡연사실이 있습니까?</b> _____ If yes, _____ packs/day (하루 흡연 양)	<b>Do you currently use alcohol beverages? 현재 음주를 하십니까?</b> Yes(네) No(아니오) <b>Have you ever used alcohol beverages? 과거 음주를 하신 일이 있습니까?</b> Yes(네) No(아니오)  <b>Have you ever used recreational drugs? 마약을 복용한 일이 있습니까?</b> Yes(네) No(아니오) <b>Do you currently use recreational drugs? 현재 복용하는 마약이 있습니까?</b> Yes(네) No(아니오)	<b>Do you do monthly breast exams? 매달 유방암 자가진단을 하십니까?</b> Yes(네) No(아니오)  <b>Do you currently exercise regularly? 평소 운동을 꾸준히 하십니까?</b> Yes(네) No(아니오)
<b>Anemia 빈혈</b> Yes    No	<b>Blood Transfusion 수혈</b> Yes    No	<b>COPD 만성폐쇄성폐질환</b> Yes    No





**Surgical History**

Have you had any of the following surgeries? 수술을 받으신 적이 있습니까?

Oral: 구강 Yes (네) No (아니오)	If so, What and When? 수술 종류/시기
Abdominal: 복부 Yes (네) No (아니오)	If so, What and When? 수술 종류/시기
Breast: 유방 Yes (네) No (아니오)	If so, What and When? 수술 종류/시기
Gynecological: 부인과 Yes (네) No (아니오)	If so, What and When? 수술 종류/시기
Orthopedic: 정형외과 Yes (네) No (아니오)	If so, What and When? 수술 종류/시기
Cardiac: 심장 Yes (네) No (아니오)	If so, What and When? 수술 종류/시기
Spinal: 척추 Yes (네) No (아니오)	If so, What and When? 수술 종류/시기
Other: 그 외 Yes (네) No (아니오)	If so, What and When? 수술 종류/시기

# HIPPA

## 환자 확인 및 동의서

### 섹션 I:

이것은 정부에서 의무화한 HIPPA의 요약이며, Mid-Atlantic OB-GYN은 귀하에 대한 보호 대상 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있으며 1996년 HIPPA(Health Insurance Portability Act)의 요구 사항을 준수합니다. 당사의 개인 정보 보호 관행 고지에는 정부가 결정한 대로 당사가 올바른 조건을 유보한다고 명시되어 있습니다. 이러한 일이 발생하면 새 정책과 발효일을 사무실 위치에 게시할 것입니다. 귀하는 귀하의 보호되는 건강 정보가 치료비 또는 의료 운영을 위해 사용되거나 공개되는 방식에 대한 제한을 요청할 권리가 있습니다. 당사는 귀하의 제한 사항에 동의할 필요는 없지만 동의할 경우 귀하와의 계약에 구속됩니다.

### 섹션 II:

치료, 지불 및 건강 관리 운영을 위한 귀하에 대한 정보의 사용 및 공개에 대한 동의. 귀하는 사전 동의에 대해 이미 신약을 통해 공개한 경우를 제외하고 이 동의를 서면으로 철회할 권리가 있습니다. "나는 나의 의사가 나에게 제공한 모든 서비스에 대해 Mid-Atlantic OB-GYN에 대한 승인된 보험 회사 혜택의 지불을 요청합니다. 나는 나에게 대한 의료 정보의 소유자가 내가 가지고 있는 대리인이나 보험 회사에 공개할 수 있도록 승인합니다. 보장 및 관련 서비스에 대한 혜택 또는 혜택을 결정하기 위한 정보. 본인은 보험 회사가 요구하는 모든 참조 및 치료 계획을 제공하는 데 동의합니다. 모든 공동 부담금은 계약된 보험사 계약에 따라 서비스 시 지불해야 합니다."

Patients Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

### 섹션 III: (선택 사항)

귀하의 건강 정보에 대한 승인된 액세스 권한을 부여하려는 개인 대리인, 가족 또는 기타 단체의 이름. 치료, 지불 및 기타 의료 운영과 관련하여 귀하의 보호되는 건강 정보를 사용하고 공개하도록 승인한 이러한 개인 및/또는 단체의 이름을 지정하거나 구체적으로 식별하십시오.

Name	Relationship	Phone #

### 섹션 IV:

자동 응답기, 음성 메일, 이메일 주소 사용 승인:

Mid-Atlantic OB-GYN은 정상 업무 시간 동안 환자에게 직접 연락할 수 없는 경우가 있습니다. 이 경우 저희 사무실은 환자가 제공한 통신 장치에 메시지를 남깁니다. 귀하의 집, 직장, 휴대전화 또는 이메일을 통해 공개할 수 있는 정보에는 검사/검사 결과, 처방/약국 정보, 방문 및 시술에 대한 예약 지침, 수술 게시/일정 정보가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

\_\_\_\_\_(Initial) 나는 Mid-Atlantic OB-GYN이 다음 통신 장치에 나의 보호되는 의료 정보를 포함하는 자세한 메시지를 남기는 것을 허용하는 데 동의합니다.

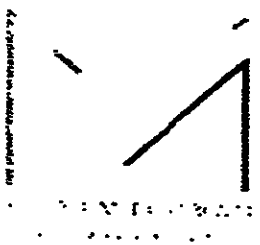
적절한 커뮤니케이션 옆에 체크하십시오:

집 (home)  핸드폰 (Cellphone)  이메일(email)  직장 (work)

\_\_\_\_\_(Initial) 나는 Mid-Atlantic OB-GYN이 나의 보호된 의료 정보를 포함하는 메시지를 통신 장치에 남기는 것을 허용하지 않습니다.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_



**Financial Policy Statement**

Welcome to Mid-Atlantic OB-GYN. We are pleased you have chosen our practice for your medical care. We ask that you carefully read and sign this Financial Policy Statement. As your medical care provider, our relationship is with you and not your insurance carrier. As a courtesy to you, we will file your claim with your insurance company. However, you are solely responsible for all charges and payment to Mid-Atlantic OB-GYN. Benefit eligibility obtained from your insurance company is for informational purposes only and not a guarantee of payment. If we are contracted with your insurance company, we will accept assignment. You will be responsible for your payment portion at the time of service. After 45 days from the date of service, you agree to pay any unpaid amounts that are not paid by your insurance. It is your responsibility to provide necessary referrals. You are expected to understand your benefits coverage and responsibilities. This includes obtaining any referrals and which your insurance company might require before care is provided.

\* All co-pays, co-insurance and deductibles are due and payable at the time services are rendered. If we do not have a contractual obligation with your insurance company, you are responsible for 100% of the payment at the time services are rendered.

Any amounts owed to Mid-Atlantic OB-GYN after, 90 days from the date of service will be referred to an outside agency and/or attorney for collection. You agree to pay Mid-Atlantic OB-GYN interest at the rate of 18% per annum from the date of service on any amounts that are not paid after 45 days from the date of service. You agree to pay Mid-Atlantic OB-GYN all costs of collection, including but not limited to all collection costs, attorneys' fees, court costs, and expert costs from the date your account is turned over to an outside agency or to an attorney for collection.

In consideration of the services performed by Mid-Atlantic OB-GYN Associates, you agree to abide by the terms of this Financial Statement.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_

Guarantor Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_





MID-ATLANTIC OB-GYN  
physicians & midwives

**Authorization**

I, \_\_\_\_\_ hereby authorize Mid-Atlantic OB-GYN, to apply for benefits on my behalf for services rendered. I certify that the information I have provided is correct. I authorize the release of any necessary information including medical information for this or any related claim to the health insurance I have provided. Should collection action become necessary, I further authorize the release of demographic information including cell phone numbers to outside agency to facilitate collection of my debt. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I may revoke this authorization at any time in writing.

권한 부여

나, \_\_\_\_\_은(는) 이에 따라 Mid-Atlantic 산부인과가 제공한 서비스에 대해 나를 대신하여 혜택을 신청할 수 있는 권한을 부여합니다. 제공한 정보가 정확함을 확인합니다. 본인은 이에 대한 의료 정보 또는 본인이 제공한 건강 보험에 대한 관련 청구를 포함하여 필요한 정보의 공개를 승인합니다. 징수 조치가 필요한 경우, 본인은 내 부채 징수를 용이하게 하기 위해 휴대 전화 번호를 포함한 인구 통계 정보를 외부 기관에 공개하는 것을 추가로 승인합니다. 본인은 이 승인의 사본을 원본 대신 사용하는 것을 허용합니다. 나는 이 승인을 서면으로 언제든지 철회할 수 있습니다.

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



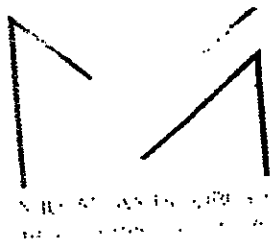
MID-ATLANTIC OBGYN  
physicians & midwives

### **Notice of Deemed Consent to HIV, HEPATITIS B, AND HEPATITIS C Blood Testing**

A Virginia law was enacted in 1989 that allows health care providers to test their patients for HIV, Hepatitis B and C when workers are exposed to the blood or body fluids of a patient which may transmit human immunodeficiency virus (HIV) that causes AIDS, Hepatitis B, or Hepatitis C. Because this is a law, in the event of such exposure you will be deemed as consented to such testing, and to have consented to release of the test results to the exposed worker. Except in emergencies, you will be informed before any of your blood is tested for HIV antibodies, Hepatitis B, or Hepatitis C. The testing will be explained to you and you will be given the opportunity to ask any questions you may have. You will be provided with the test results and given appropriate counseling. Test results, if positive, are required by law to be reported to the Virginia Department of Health. I have read and understood the above information.

1989년 버지니아 법이 제정되어 AIDS, 간염을 유발하는 인간 면역결핍 바이러스(HIV)를 전염시킬 수 있는 환자의 혈액이나 체액에 근로자가 노출될 때 의료 서비스 제공자가 환자의 HIV, B형 및 C형 간염 검사를 할 수 있습니다. 이것은 법률이기 때문에 그러한 노출이 발생한 경우 해당 검사에 동의한 것으로 간주하고 노출된 작업자에게 검사 결과를 공개하는 데 동의한 것으로 간주합니다. 응급 상황을 제외하고, 귀하의 혈액에서 HIV 항체, B형 간염 또는 C형 간염 검사를 받기 전에 귀하에게 통지할 것입니다. 검사에 대해 설명하고 질문을 할 수 있는 기회가 주어집니다. 검사 결과를 안내받고 적절한 상담을 받게 됩니다. 검사 결과: 양성인 경우 법에 따라 버지니아주 보건부에 보고해야 합니다. 본인은 위의 정보를 읽고 이해했습니다.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



JASSER THIARA, MD - NPI: 1053562009  
ALICE LEE, MD - NPI: 1447612700

### ANNUAL EXAMS WITH/WITHOUT PROBLEMS

In an effort to keep you informed about your course of treatment and associated charges, we ask that you please read the following information and select one of the options:

An **"ANNUAL EXAM"** or **"WELL WOMAN"** visit is a routine GYN check-up which includes updating the patient's history, blood pressure, weight recordings, breast exam, pelvic exam and Pap Smear (as indicated) and the ordering of preventative tests such as Mammograms, Bone Density testing and routine screening Lab work. This also includes Birth Control and STD Screening.

A **"PROBLEM VISIT"** is one which focuses on discovering and evaluating GYN problems, such as abnormal bleeding, pelvic pain and urinary symptoms, etc.

Each of these types of office visits has its own procedure codes or CPT, which is used to file claims with insurance providers, who determine their own allowable reimbursement of physician services. Frequently, an **Annual Exam** includes a **Problem Visit**, such as when patients present with medical complaints, or when the physician discovers abnormalities on the physical exam. In this case, the physician may elect to initiate an evaluation of the problem and file for both types of visits on the same day. Some insurance companies recognize and will reimburse for both services on the same day (minus the patient's Copay, Deductible or Coinsurance, for which the patient is responsible). Other insurances recognize only one visit per day, so if an **Annual** and **Problem** are both addressed, the CPT must be selected according to the complexity and time required for that visit.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

13890 Braddock Road, Suite 201  
Centreville, VA 20121  
Phone 703-988-8828