



Jeffrey S. Garbis, M.D.
Jeffrey Bernstein, M.D.
Marvin E. Lawrence, II, M.D.
Priti Bijpuria, M.D.

Richard M. Chasen, M.D.
Theodore Y. Kim, M.D.
Sean M. Karp, M.D.
Eileen Erskine, C.R.N.P.

(Dear New Patient) 새로운 환자분들께:

저희 Capital Digestive Care LLC 를 신뢰하시고 환자분의 관리를 맡겨주심에 감사 드리고 또 환영합니다.

동봉 된 패킷은 우리의 새로운 환자 등록 양식이 포함되어 있습니다. 환자분은 모든 등록 양식을 작성하시어 아래의 항목 목록과 함께예약 날짜에 가지고 오셔야합니다.

저희의 새로운 대화형 온라인 포털을 소개해 드릴수 있어서 기쁘게 생각합니다. 대화형 온라인 포털은 귀하가 귀하의 개인 정보를 업데이트할수 있으며, 특정 테스트 결과를 확인하고 의사 또는 저희 오피스와 통신하실수 있습니다. 만약 귀하의 이메일 주소를 저희에게 제공하신 경우 귀하는 저희의 환자 포털에 초대받으셨을 것 입니다. 아직 수행하지 않으신 경우 저희가 귀하에게 초대장을 보낼 수 있도록 귀하의 이메일 주소를 저희에게 제공하여 주십시오.

*****환자 정보 서류를 앞 뒤로 정확히 확인하시고 작성하십시오*****

병원에 처음 오실 때에 다음과 같은 서류들을 꼭 가지고 오셔야 합니다:

- ✓ 자세히 작성된 환자 정보 서류, 환자 병력 서류, 개인 정보서류들을 영어로 작성하여 주시고 싸인해 주십시오.
- ✓ 보험카드
- ✓ 운전면허증 이나 다른 신분증
- ✓ 오늘 방문과 관련된 피 검사 결과들
- ✓ 오늘 방문과 관계된 엑스레이 검사 결과들(Upper GI Testing, Barium Enema, CT Scan, or Ultrasound 결과 등을 포함.)
- ✓ 드시는 약 이름, 복용 양(예: 20 mg), 복용방법 (예: 1 일 1 회)
- ✓ HMO 환자분들, 또 소개서가 (referral) 필요한 경우에, 소개서를 꼭 가지고 오십시오
- ✓ Co-payment (해당되는 경우)

만약 비 정상적인 피검사나 엑스레이 결과 때문에 오시는 경우에는, 검사를 다시하지 않고 상담을 끝낼 수 있게 방문 때 그 결과 들을 꼭 가지고 오시기 바랍니다.

필요한 서류를 가지고 오리지 않은 경우에는
다시 예약을 하셔야 될수도 있습니다.

저희가 귀하의 의료 서비스에 참여할 수 있도록 도와 주심에 감사드립니다.

저희는 곧 귀하를 뵙기를 기대합니다.

03/14/2016 JH



Jeffrey S. Garbis, M.D.
 Jeffrey Bernstein, M.D.
 Marvin E. Lawrence, II, M.D.
 Priti Bijpuria, M.D.

Richard M. Chasen, M.D.
 Theodore Y. Kim, M.D.
 Sean M. Karp, M.D.
 Eileen Erskine, C.R.N.P.

PATIENT INFORMATION FORM(환자 정보 서류)

Date 날짜:

** 영어로 작성해주시요

환자정보 Patient Information:

| | |
|----------------------------|---|
| Patient Name: 환자 성함 | Patient Date of Birth: 환자 생년월일 |
| Patient Address: 집주소 | City, State, Zip 도시, 주, zip코드 |
| Home Phone: 집전화번호 | Work Phone: 직장전화 번호 |
| Cell Phone: 휴대폰전화번호 | Sex: ↑ 남자 (M) ↑ 여자(F) |
| Height: 키 | Weight: 몸무게 |
| Age: 나이 | Marital Status: ↑Single↑Married↑Other 미혼 기혼 그외 |
| Social Security #: 소셜번호 | Email Address: 이메일 |
| Patient Employer: 직장: | Occupation: 직업 |

배우자 정보 Spouse's Information

| | |
|---|-------------------------------------|
| Spouse's Name: 배우자 성함 | Spouse's Date of Birth: 배우자 생년월일 |
| Spouse's Social Security #: 배우자 소셜번호 | Spouse's Employer: 배우자 직장 |
| Spouse's Work Phone: 배우자 직장번호 | Spouse's Cell Phone: 배우자 휴대폰 번호 |

비상연락처 Emergency Contact Information:

Emergency Contact Name and Number:

비상연락처번호와 이름

주치위 정보 Physician Information:

Primary Care Physician:

주치위 성함

Referring Physician:

소개 의사 성함

보험정보 Primary Insurance:

Insurance Co. Name:

보험이름

Phone #:

보험회사 전화

Address:

보험회사 주소

City, State, Zip:

도시, 주, zip코드

Name of Policy Holder:

보험 계약자 성함

Social Security #:

계약자소셜번호

Relationship to pt:

환자와의 관계

Date of Birth:

생년월일

Insurance ID #:

보험 아이디번호

Insurance Group #:

그룹번호

보조보험 또는 두번째 보험 Secondary Insurance:

Insurance Co. Name:

보험이름

Phone #:

전화번호

Address:

주소

City, State, Zip:

도시, 주, zip코드

Name of Policy Holder:

보험계약자 성함

Social Security #:

계약자소셜번호

Relationship to pt:

환자와의 관계

Date of Birth:

계약자 생년월일

Insurance ID #:

보험 아이디

Insurance Group #:

보험 그룹번호

미성년자 환자분만 작성해 주세요

*****TO BE COMPLETED IF PATIENT IS A MINOR*****

Responsible Party:

보호자:

Phone #

전화번호

Address:

주소

City, State, Zip:

도시, 주, zip코드

Employer:

직장

Work Phone:

직장번호

통신 통지

이메일 주소 : _____

전화 번호: (홈) _____ (핸드폰) _____

Capital Digestive Care 는 중요한 정보를 환자분께 제공 할 수 있도록 많은 방법들을 이용합니다. 귀하의 개인 정보는 저희에게 매우 중요하며 법률 및 부채 수집 목적을 위해 필요한 경우를 제외하고는 제 3 자 공급 업체에 환자의 정보를 공유하거나 판매하지 않습니다. 아래에 나열된 몇 가지의 예들로 관하여 저희가 환자분께 연락을 취하여 하면 새로운 환자분 접수시 수집된 정보나 저희 환자분 파일에있는 정보를 이용하여 환자분께 연락을 하게 될것입니다. 그 정보 중에는 이메일 주소, 집 전화번호 또는 핸드폰 번호등을 포함 할 수 있습니다.

- **환자 포털 액세스** : 계정을 만들도록 선택한 경우, 환자는 오피스 방문 후나 전에 개인 정보를 업데이트 할 수 있으며, 테스트 결과를 볼수 있으며 의사 및 의사의 사무실에 메세지를 보낼 수 있습니다.
- **오피스 공지 사항** : 새로운 의사의 환영 발표 또는 퇴직 / 오피스 이전 알림을 포함 할 수있습니다.
- **고객 서비스 개선** : 저희는 환자분의 방문 예약을 개선하기 위한 솔루션, 예약 알림 및 내시경 절차 준비를 포함하여 환자에게 저희의 서비스를 개선하기 위해 응용 프로그램 평가하고 있습니다.
- **소화 건강 정보** : 새로운 치료법에 대한 임상 연구 시험 정보, 특정 소화 건강 주제 또는 기타 관련 정보에 대한 교육 세미나의 통지에 대한 정보를 포함 할 수있습니다.
- **연체된 계정** : 만약에 환자분의 계정이 연체 된 경우, 저희 Capital Digestive Care 는 미결제 잔액을 복구하는 수금 회사의 서비스를 이용할 것 입니다. 이런 경우를 위해 환자분은 본인의 핸드폰 번호를 파일에서 삭제 요청하는 서면 통지서를 Capital Digestive Care, ATTN: Billing Manager, 12510 Prosperity Drive, Suite 200, Silver Spring, MD 20904 로 보낼 수 있습니다.

환자 이름 (인쇄하십시오) _____

환자 서명 _____ Date : _____ (03-14-16 gg)

Laurel, MD

7350 Van Dusen Rd
Suite 210 & 230
Laurel, MD 20707
301-498-5500 Office
301-498-7346 Fax

Columbia, MD

5500 Knoll North Dr.
Suite 460
Columbia, MD 21045
410-730-9363 Office
410-730-2084 Fax

Takoma Park, MD

7610 Carroll Ave
Suite 250
Takoma Park, MD 20912
301-270-3640 Office
301-270-3645 Fax

Complete Patient History Form

Name: _____ Date of Birth: _____

이 서류에 환자분의 모든 정보들을 영어로 정확히 적어 주십시오. 이곳에 적히는 모든 정보들은 환자분의 건강에 매우 중요합니다. 시간을 가지고 신중히 해당되는 곳에 동그라미로 표시해 주십시오.

The following information is **very important to your health**. Please take time to fully and completely fill out this important information. We are counting on you!

오늘 방문의 이유: (Reason for visit)

인종 Race

| | | | |
|---|---|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 백인 White/Caucasian | <input type="radio"/> 흑인 Black of African American | <input type="radio"/> 동양인 Asian | <input type="radio"/> 라틴 어메리칸 Hispanic or Latino |
| <input type="radio"/> 인디안 American Indian or Alaska Native | <input type="radio"/> 하와이안 Native Hawaiian or Other Pacific Islander | <input type="radio"/> 혼성 Mixed | <input type="radio"/> 그외 Other |
| <input type="radio"/> 알수 없음 Unknown | <input type="radio"/> 환자가 정보 수집 거부 Patient Declines to provide information | | |

민족 Ethnicity

| | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> 라틴 어메리카계 Hispanic or Latino | <input type="radio"/> 라틴어메리카가아님 Not Hispanic or Latino | <input type="radio"/> 환자가 정보 수집 거부 Patient Declines to provide information |
|--|---|---|

성별 Gender

| | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 남성 Male | <input type="radio"/> 여성 Female | <input type="radio"/> 그외 Other |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|

선호하는 언어 Preferred Language

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 영어 English | <input type="radio"/> 스페인어 Spanish | <input type="radio"/> 한국어 Korean | <input type="radio"/> 그외 Other _____ |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|

선호하는 연락 방법 Contact Preference

| | |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 편지 Letter | <input type="radio"/> 그외 Other _____ |
|------------------------------------|---|

Complete Patient History Form

Name: _____ Date of Birth: _____

○ 이용하는 약국 이름과 전화번호

What **pharmacy** do you want us to use for any medications that are prescribed?

약국: _____

Pharmacy

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> 알러지가 없습니다 Patient has no known allergies | <input type="radio"/> 약 알러지가 없습니다 Patient has no known DRUG allergies | <input type="radio"/> 접착 테이프 Adhesive tape | <input type="radio"/> 황산 코데인 Codeine Sulfate |
| <input type="radio"/> 에리트로 마이신 Erythromycin | <input type="radio"/> 고무 제품 Latex | <input type="radio"/> 조영제 IV Contrast | <input type="radio"/> 페니실린 Penicillins |
| <input type="radio"/> 술파제 Sulfas | <input type="radio"/> 조개류 Shellfish | <input type="radio"/> 그외 Other _____ | <input type="radio"/> 그외 Other _____ |

복용 중인 약물 Current Medications (include any Over-the-counter medications and any supplements you are currently taking)

없음 None

이름 Name

복용량 Dose

방법 How taken

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

예방 접종 Immunizations

| | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> 없음 None | <input type="radio"/> 독감 예방 주사 Flu vaccine 언제 When: _____ | <input type="radio"/> A형 간염 Hepatitis A 언제 When: _____ |
| <input type="radio"/> B형 간염 Hepatitis B 언제 When: _____ | <input type="radio"/> 폐렴 백신 Pneumovax 언제 When: _____ | <input type="radio"/> 결핵 검사 TB Skin test 언제 When: _____ |

진단학 검사 Diagnostic Studies

| | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> 없음 None | <input type="radio"/> 장 내시경 Colonoscopy 언제 When: _____ | <input type="radio"/> 위 내시경 Endoscopy/EGD 언제 When: _____ |
| <input type="radio"/> 췌스캔 (복부/골반) CT Scan Abdomen/Pelvis 언제 When: _____ | <input type="radio"/> MRI of (복부/골반) Abdomen/Pelvis 언제 When: _____ | <input type="radio"/> ERCP 언제 When: _____ |

해당되는 곳에 동그라미로 표시해 주십시오.

과거의 수술 기록 Previous Procedures/Surgeries

| | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 없음 None | 담낭제거 Gallbladder removed | 맹장수술 Appendectomy | 결장절제술 Colon resection | 작은 창자절제술 Small Bowel resection |
| 탐색 개복수술 Exploratory Abdominal Surgery | 비만 대사 수술 Gastric Bypass surgery | 위 밴드 수술 Lap Band Surgery | 치질 수술 Hemorrhoid Surgery | 고무밴드 치질술 Hemorrhoid Banding |
| 복부 성형술 Abdominoplasty | 자궁 절제술 Hysterectomy | 불임술 Tubal Ligation | 유방 절제술 Mastectomy | 인공 심박 동기 Pacemaker Placement |

Complete Patient History Form

Name: _____ Date of Birth: _____

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|
| 제세동기 Defibrillator Placement | 관상동맥우회술 Coronary Artery Bypass Graphing (CABG) | 복부대동맥류 Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Repair | 심장 판막술 Heart Valve Replacement /Surgery | 심도 지술 Cardiac Catherization /Stent |
| 인공 관절 Joint Replacement | 척추 수술 Back Surgery | 그외 Other _____ | 그외 Other _____ | |

과거의 병력 Past or Present Medical History

○ 위장 Gastroenterology/Hepatology

| | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 결장 폴립(혹) Colon polyps | <input type="checkbox"/> 결장 암 Colon cancer | 과민대장증후군 <input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome | <input type="checkbox"/> 계실염 Diverticulitis |
| <input type="checkbox"/> 크론 병 Crohn's Disease | <input type="checkbox"/> 궤양 대장염 Ulcerative Colitis | 위식도 역류병 <input type="checkbox"/> GERD/Reflux | 바레트 식도 Barrett's Esophagus |
| <input type="checkbox"/> 궤양 질환 Ulcer Disease | <input type="checkbox"/> B형 간염 Hepatitis B | <input type="checkbox"/> C형 간염 Hepatitis C | <input type="checkbox"/> 지방 간 Fatty Liver Disease |
| <input type="checkbox"/> 간경화 증 Cirrhosis/Liver | <input type="checkbox"/> 소아 지방 변증 Celiac Disease | <input type="checkbox"/> 장 폐색 Bowel Obstruction | <input type="checkbox"/> 췌장염 Pancreatitis |
| 과거에 있던 비혈 <input type="checkbox"/> Anemia in the past | <input type="checkbox"/> 그외 Other _____ | <input type="checkbox"/> 그외 Other _____ | <input type="checkbox"/> 그외 Other _____ |

○ 심장 Cardiology

| | | | |
|---|--|--|--|
| 관상동맥 질환 Coronary Heart Disease | <input type="checkbox"/> 심장 판막증 Heart Valve Disease | <input type="checkbox"/> 심부전 Congestive Heart Failure | <input type="checkbox"/> 심장 마비 Heart attack |
| <input type="checkbox"/> 고혈압 High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> 심방세동 Atrial Fibrillation | <input type="checkbox"/> 혈관 질환 Vascular Disease | <input type="checkbox"/> 높은콜레스트롤 High Cholesterol |
| <input type="checkbox"/> 뇌졸중 Stroke | <input type="checkbox"/> 소 뇌졸중 TIA (mini stroke) | <input type="checkbox"/> 그외 Other _____ | |

○ 심장 Pulmonary

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 만성 폐쇄성 폐 질환 C.O.P.D. | <input type="checkbox"/> 천식 Asthma | <input type="checkbox"/> 수면 무 호흡 Sleep Apnea |
| <input type="checkbox"/> 다리 혈전 Blood Clots (leg) | <input type="checkbox"/> 폐 혈전 Blood Clots (lung) | |

○ 그외 Other

| | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 불안 장애 Anxiety Disorder | 관절염 Arthritis | <input type="checkbox"/> 양극성 장애 Bipolar Disorder | 몸에 뚫은구멍 Body Piercings |
| <input type="checkbox"/> 유방암 Breast Cancer | <input type="checkbox"/> 현재 임신 중 Current Pregnancy | <input type="checkbox"/> 우울증 Depression | <input type="checkbox"/> 당뇨 Diabetes |

Complete Patient History Form

Name: _____ Date of Birth: _____

| | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> 섬유 근육통 Fibromyalgia | <input type="radio"/> 통풍 Gout | 에이즈바이러스에 노출 HIV Exposure | 에이즈바이러스에 감염 HIV Infection |
| <input type="radio"/> 갑상선기능저하증 Hypothyroidism | <input type="radio"/> 신장병 Kidney Disease | <input type="radio"/> 신장 결석 Kidney Stones | <input type="radio"/> 폐암 Lung Cancer |
| <input type="radio"/> 난소암 Ovarian Cancer | <input type="radio"/> 다른 암 Other Cancer | <input type="radio"/> 전립선 암 Prostate Cancer | 감염이 재발한곳 Recurrent Infections |
| <input type="radio"/> 발작 Seizures | <input type="radio"/> 피부암 Skin Cancer | <input type="radio"/> 문신 Tattoos | <input type="radio"/> 그외 Other _____ |

Social History

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> 미혼 Single | <input type="radio"/> 기혼 Married | <input type="radio"/> 이혼 Divorced | <input type="radio"/> 별거 Separated |
| <input type="radio"/> 미망인 Widowed | <input type="radio"/> 동성 애자 Civil Union | <input type="radio"/> 알 수 없음 Unknown | <input type="radio"/> 그외 Other |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| 술 마시는횟수 I drink alcohol: ___안 마심 None ___주 에 7잔이하 Less than 7 per week ___주 에 7잔이상 More than 7 per week | 카페인마시는횟수 I drink caffeine: (커피,티,콜라 등등) (coffee, tea, cola, or other caffeinated drinks) ___안 마심 None ___가끔Occasionally ___매일Daily | 흡연 I use tobacco: (Circle) Cigarettes Cigars Chewing tobacco ___매일Every Day ___어쩌다Only some days ___금연한 분Former smoker ___흡연 경험 없음Never smoked ___Smoker,Current statu unknow ___알수 없음 Unknown if eversmoked | 마약 사용 My drug use: ___없음 None ___주사 또는 코를이용한 마약을 지금 사용중 IV or inter-nasal_drugs currently ___주사 또는 코를 이용한 마약을 사용한 적있음 IV or inter-nasal drugs in the past | 운동 I exercise: ___없음 None ___규칙적인운동 I exercise routinely |
|--|--|---|---|--|

가족 병력 Family History

- 가족 병력에 대한 지식이 없음
No knowledge of family history
- 가족분들 중 아래에 **해당되지 않는 병에** 동그라미로 표시해 주십시오.
No one in my family has a history of:

| | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> 복강 스프루 Celiac Sprue | <input type="radio"/> 결장 혹 Colon polyps | <input type="radio"/> 쓸개 질환 Gallbladder Disease |
| <input type="radio"/> 간 질환 Liver Disease | <input type="radio"/> 위암 Stomach Cancer | <input type="radio"/> 결장 암 Colon Cancer |
| <input type="radio"/> 크론 병 Crohn's Disease | <input type="radio"/> 과민 대장 증후군 Inflammatory Bowel Disease | <input type="radio"/> 혹들 Polyps |
| <input type="radio"/> 궤양 대장염 Ulcerative Colitis | | |

- 가족 중 아래에 해당되는 곳에 체크해 주세요**

Someone in my family has a history of: (please check all that apply)

Complete Patient History Form

Name: _____ Date of Birth: _____

| | 어머니 Mother | 아버지 Father | 누나/언니 Sister | 형/오빠 Brother | 할머니 Grandmother | 할아버지 Grandfather |
|------------------------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| 결장 암 Colon Cancer | | | | | | |
| 결장 혹 Colon Polyps | | | | | | |
| 크론 병 Crohn's Disease | | | | | | |
| 쓸개 질환 Gallbladder Disease | | | | | | |
| 간 질환 Liver Disease | | | | | | |
| 궤양 대장염 Ulcerative Colitis | | | | | | |
| 위암 Stomach Cancer | | | | | | |

그외:

Other _____

현재(오늘) 가지고 계신 증상들을 모두 선택해 주십시오.

Review of Systems....What are your current symptoms today? (check all that apply):

Allergic/Immunologic

- 알레르기 반응
Allergic reactions
- 현재 감염되었다
Current infections

Endocrine

- 과도한 갈증
Excessive thirst
- 더위/추위 불내증
Heat or cold intolerance

Respiratory

- 잦은 기침
Frequent cough
- 숨이 차다
Shortness of breath when at rest
- 천명(천식 호흡 소리)
wheezing

Cardiovascular

- 가슴 통증
Chest pain
- 불규칙한 심장박동
Irregular heart beat
- 빠른 심장 박동
Rapid heart rate/palpitation
- 붓는 발목
Ankle swelling

Musculoskeletal

- 허리 통증
Back pain
- 관절통
Joint pain/arthritis

Genitourinary

- 소변에 피가 있음
Blood in urine
- 소변의 색깔이 어둡다
Recent darkening of urine

Neurological

- 어지러움
Dizziness
- 기절
Fainting

Gastrointestinal

- 위경련
Stomach cramps
- 구토
Vomiting
- 구역질
Nausea
- 복부 팽창
Abdominal swelling

Complete Patient History Form

Name: _____ Date of Birth: _____

Constitutional

- 열이 남
Fever
- 식욕감소
Loss of appetite
- 체중 감소
Weight loss

ENMT

- 코피
Nose bleeds
- 시력 상실
Loss of vision
- 목이 쉬다
Hoarseness
- 구강 염증
Mouth sores

계속적인 두통
Frequent headaches
현기증
Vertigo

기억력 상실/혼동
Memory loss/confusion

Hematologic/Lymphatic

멍이 쉽게 들
Easy bruising
빈혈
Anemia

Integumentary

간지러움
Itching
발진
Rashes
두드러기
Hives

가스
Gas
속쓰림
Heartburn
설사

Diarrhea
삼키기 어려움

Difficulty swallowing
변보실때 습관의 변화
변비
Constipation

Psychiatric

우울증
Depression
공황 장애
Anxiety/panic attacks

직장 출혈
Rectal bleeding
복부 통증
Abdoninal pain
노란 피부색
Yellowing of skin

Complete Patient History Form

Name: _____ Date of Birth: _____

Capital Digestive Care

Jeffrey Garbis, MD, Richard Chasen, MD, Jeffrey Bernstein MD,

Marvin Lawrence, MD, Sean Karp, MD, Priti Bijpuria, MD, Eileen Erskine, C.R.N.P.

개인 정보 보호 알림서(MDD/CDC Notice of Privacy Practice)

알림서는 환자분의 건강기록이 어떻게 사용되고 공개되며 또 환자분이 어떻게 기록을 볼 수 있는지에 대한 서입니다. 자세히 검토해 주십시오. 본은 이 알림서 용지를 요구할 권리가 있습니다

환자 건강 기록

정부 법에 의해, 환자분의 건강 기록은 비밀로 보호를 받습니다. 환자 건강기록은 증상, 실험결과, 검진, 치료 등 의료 기록을 포함하고 있습니다. 건강 기록은 청구서, 보험기록, 의료 지출서 등이 포함되어 있습니다.

환자 건강기록 사용 방법

저희는 치료, 청구, 또한 행정 목적과 환자분이 받는 의료의 평과를 포함한 의료 시설 운영 목적을 위해 환자분의 기록을 사용합니다. 특별한 경우에는 환자분의 동의 없이도 환자분의 건강기록을 사용 또는 공개해야 할 필요가 있을 수도 있습니다.

치료, 청구, 의료시설 운영의 예

치료:

저희는 환자분의 건강 기록을 의료 치료와 서비스를 위해 사용 또는 공개합니다. 예를 들어 간호사, 의사, 다른 의료진들은 환자분의 기록을 남겨, 그 기록을 환자분에게 알맞은 관리를 결정하기 위해 사용합니다. 또한 환자분의 치료에 참여하는 다른 의료진들, 환자분의 약을 조제하는 약사, 환자분을 보살피는 가족 분 들에게 공개됩니다.

청구 목적:

저희는 청구 목적으로 환자분의 건강기록을 사용 또는 공개합니다. 예를 들어, 특정한 치료는 환자분의 의료 보험 회사의 허가가 필요한 경우가 있습니다. 저희 센터는 환자분의 보험에 청구하며, 보험 에서 저희에게 지불한 납입 기록을 관리합니다.

의료시설 운영 목적:

저희는 환자분의 정보를 정확한 행정기록, 치료의 관한 평가를 포함한 내부 운영 관리, 또는 환자분과 비슷한 경우의 관리와 성과를 평가하기 위해 사용 또는 공개합니다.

특별한 사용 목적

저희는 예약 확인전화를 위해 환자분의 정보를 사용 할 수 있습니다. 또한 다른 치유법 혹 환자분이 관심을 가질실수 있는 건강에 관한 혜택 이나 서비스를 알려주기위해 사용 할 수있습니다. 저희는 당신에게 모금활동 목적으로 연락할 수 있습니다 그러나 당신은 이러한 통신의 수신을 거부할 권리가 있습니다.

다른 사용 또는 공개 목적

저희는 다른 이유들로도 환자분을 알아 볼 수 있는 건강 정보를 환자분의 동의 없이도 공개 할 수 있습니다. 또한 다음과 같은 목적에 의해 저희는 환자분의 동의 없이도 특정 필요 의무에 따라 의료 정보 공개가 허락 됩니다.

법적의무:

총상, 또는 학대가 의심되는 경우나 그와 비슷한 사건인 경우 보고 해야 하는 의무가 있습니다.

연구목적:

공인된 의학 연구를 위해 건강정보를 사용 또는 공개 할 수 있습니다.

공공 보건 활동: 법적 의무에 따라 저희 센터는 필수 통계, 질병, 위험한 제품 리콜 등 그와 비슷한 정보를 공공 의료기관에 공개 할 수 있습니다.

의료 단속: 조사나 감사를 돕거나 환자분이 정부 프로그램의 자격이 있는 지를 보기 위함 등 그와 비슷한 경우에 공개할 의무가 있습니다.

사법 및 행정 절차: 소환장이나 법원 명령을 받은 경우 건강기록을 공개 할 의무가 있습니다.

법 집행목적: 특정 제한에 따라 법 집행관에게 공개할 의무가 있습니다.

사망: 사망에 대해 검시관, 장례 책임자, 또는 장기 기증 기관에게 공개 할 수 있습니다.

건강 또는 안전에 심각한 위험: 대중 또는 환자분의 건강과 안전에 심각한 위험의 예방에 필요가 있을 경우 사용 또는 공개 할 수 있습니다.

군부 및 특별 정부 기능: 환자분이 군인인 경우에는 군 당국의 명에 따라 공개할 의무가 있습니다. 또한 국가 안보 목적에 위해 교도소에 정보를 공개할 수 있습니다.

산재보험: 산재보험이나 업무 관련 부상이나 질병에 대한 혜택을 제공하는 프로그램에 환자분의 정보를 공개 할 수 있습니다.

저희는 저희와 계약 체결한 사업 동료나 타사에게 합이한 서비스들을 수행하기위해 환자의 건강 정보를 공개 시킬 수 있습니다.

저희는 환자의 건강 정보를 판매에 참여하지 않습니다. 하지만 만약에 그런 경우가 생기면 저희는 먼저 환자의 동의를 받을 것입니다.

위의 경우와 다른 경우에는, 환자분인지를 알 수 있는 건강정보를 공개 하기 전에 문서로 허가를 요청 합니다. 허가서를 서명하신 뒤에 더 이상의 공개를 원치 않으시는 경우에는 허가서를 취소 하실수 있습니다.

개인 권리

환자 분은 의료기록에 대해 다음과 같은 권리가 있습니다. 그 권리를 사용하길 원하시면 아래에 있는 사람에게 연락해 주시면 알맞은 용지를 받을 수 있습니다.

제한 요청을 원하는 경우:

환자분의 건강 기록 사용 또는 공개를 특별한 경우로만 제한 하실 수 있습니다. 환자는 공개 건강 관리 항목에 관련된 서비스(치료를 위한 경우가 아닌) 또는 환자가 지불한 경우에 건강 관리 운영을 위해 건강 계획에 환자의 건강 정보의 공개를 제한 할 수 있는 권리가 있습니다.

환자가 지불하는 의료항목 또는 서비스에 대한 제한을 요청하는 경우에는 공개가 치료에 필요한 법에 의해 요구되지 않는 한, 저희는 환자의 요청을 이행합니다. 모든 공개 제한 요청은, 저희는 그 요청에 동의 할 의무가 없습니다. 그러나 저희가 동의할 경우에는 그 제한을 지켜야 합니다. 또한 치료비를 환자 분께서 다 부담하고 의료기술이나 치료비 지불목적으로 의료 정보 공개 제한을 요청하신 경우에는 그 요청을 들어 드립니다.

비밀리에 연락: 환자분은 저희에게 비밀리에 연락해달라고 요청하실 수 있습니다. (예: 예약 확인 엽서 거부, 특정 주소로 알림 요청 등)

검사 또는 사본 요청: 대부분의 경우, 환자분은 자신의 건강기록 사본을 요청 또한 볼 권리가 있습니다. 사본을 요청하실 경우에는 조그만한 수수료가 청구됩니다.

정보 수정: 건강 기록에 있는 정보가 틀린 경우나 중요한 정보가 없는 경우 수정 또는 추가를 요청 하실 수 있습니다.

공개목록: 치료, 의료기술, 청구 목적 외에 공개된 경우에 관한 목록을 요구하실 수 있습니다. 저희는 당신의 안전이 보장되지 않고 보호된 건강 정보가 외부로 부터 위반 됐을 경우 환자에게 통보해야하며, 그렇게 할 것입니다.

법적의무

저희는 환자분의 건강정보를 보호 할 의무, 저희 센터의 개인정보 보호 규율과 법적의무를 알리는 알림서를 제공 할 의무, 알림서의 규율을 지켜야 하는 법적인 의무가 있습니다.

개인정보 보호 구울 변경

저희의 규율은 언제든지 변경 될 수 있습니다. 저희 구울 중 중요한 변경 사항이 있을 시에는 새 알림서를 만들어 대기실과 진찰실에 게시하게 됩니다. 환자분은 언제든지 이 알림서를 요구하실 수 있습니다. 저희의 개인정보 보호에 대해 더 알고 싶으신 경우에는 아래에 기록된 분께 연락 해 주십시오.

불평/불만

만약 저희가 개인정보 보호 권리를 위반했다고 여기는 경우나 환자 분의 기록에 대한 결정에 대해 반대하시는 경우에는 아래에 있는 분께 연락 해 주십시오. 또한 보건 사회 복지부에 (U.S Department of Health and Human Services) 문서로 불만을 제기 하실 수 있습니다. 밑에 기록된 분이 주소를 알려 드릴 수 있습니다. 또한 불만을 제기 하셔도 어떠한 불이익도 당하시지 않습니다.

연락할 사람

질문, 요청, 불만이 있으 신 분은 아래에 있는 번호로 연락해 주십시오
The Practice Officer
7350 Van Dusen Road
Suite 210
Laurel MD 20707
(301)498-5500

나 _____ 는 개인 보호 알림서 를 받음을 인정합니다
사인: _____
날짜: _____

If not signed reason why acknowledgement was not obtained:

Staff Witness seeking acknowledgement:

Revised 03-10-16

Laurel, MD

7350 Van Dusen Rd
Suite 210 & 230
Laurel, MD 20707
301-498-5500 Office
301-498-7346 Fax

Columbia, MD

5500 Knoll North Dr.
Suite 460
Columbia, MD 21045
410-730-9363 Office
410-730-2084 Fax

Takoma Park, MD

7610 Carroll Ave
Suite 250
Takoma Park, MD 20912
301-270-3640 Office
301-270-3645 Fax (03-10-16 jh)



gPortal Flyer

의사와 저희 사무실과 통신 할수있는 새로운 방법입니다.

정규 업무 시간 동안 호출뿐만 아니라 지금 어디서든 24 시간 액세스 할수있는 온라인 환자 포털이 있습니다.

gPortal 은

- 의사 또는 직원 (다음 영업일에 처리됩니다) 메시지 보내기
- 예약 약속
- 테스트 결과 확인
- 처방전 리필 요청
- 개인 의료 기록 갱신

gPortal 가입에 관심이 있으시면, 아래의 정보를 완료하시면 초대 이메일로 발송하겠습니다. 이메일 초대장은 제목에 "Myportal-no reply with Capital Digestive Care in the subject."라고 되어있습니다. 초대받으시면 스팸 및 정크 이메일을 확인하시면 됩니다. 몇일 이내에 초대를받지 못한 경우 저희에게 알려주시면 다시 보내드립니다.

이름 (Name): _____

생년월일 (DOB): _____

이메일 주소 (Email): _____

날짜 (Date): _____

gPortal 대한 책자를 직원에게 문의하십시오. 저희는 온라인으로 의사 소통을 다하겠습니다.

03/10/16 JH



gPortal Brochure

gPortal 환자 브로셔

저희는 지금 환자를 위해 특별히 고안된 쌍방향 온라인 포털을 사용 중입니다.

! 만약 환자분이 의사의 치료가 즉시 필요한 경우, 911 에 전화하거나 가까운 병원을 찾아주십시오.

어떻게 등록하나요?

- 1 단계 : 환자분의 등록 과정은 저희에게 초대 이메일로 받게될 고유 아이디와 링크를 통해 도와드릴 것 입니다.
- 2 단계 : 이메일 초대장에있는 링크를 클릭하시어 사용자 아이디와 암호를 만드십시오.
- 3 단계 : 등록하신후 환자분과 가족 병력을 작성하여 주십시오.
- 4 단계 : 작성이 끝나시면 저희 사무실에 정보를 전송할 수 있도록 "Submit" 버튼을 눌러 주십시오.

내가 어떻게 이런..?

의사의 사무실에 메시지를 보낸다?

- "Message Tap"을 클릭
- "New"를 클릭하고 메시지를 작성
- "Send"를 누름

gPortal 를 통해 메시지를 수신?

- gPortal 에 대기중인 메시지가 있을 때 환자분은 이메일 통지를 받게됩니다.
- "Message tab"을 클릭
- "New Message"를 클릭하시면 메시지를 보실수 있습니다.

내 개인 정보를 업데이트?

- "update"버튼을 클릭
- "personal info"를 클릭합니다
- 원하는 정보를 변경하십시오.

내 비밀번호 변경?

- "change password"을 클릭합니다.
- 사용자 아이디, 생년월일과 등록된 이메일 주소를 입력합니다.

FAQ(gPortal 에 대해 자주 물어보는 질문들):

Q(질문) : gPortal 를 통해 방문 예약 할 수 있습니까?

A(답변) : 환자는 방문 약속을 예약하는 요청을 보낼 수 있고 그 요청에 관하여 저희가 연락을 드립니다.

Q: gPortal 내 의사의 사무실에 직접 메시지를 보낼 수 있습니까?

A: 예, 많은 사람들이 gPortal 을 통해 저희 사무실에 직접 메시지를 보낼 수 있습니다. 저희는 환자의 질문에 대한 답변을 위해 메시지가 알맞는 사람에게 도달 할 수 있도록 할 것이다.

Q : gportal 를 통해 내 처방을 제신청 할 수 있습니까?

A : 아니요, 환자의 처방전을 제신청하기 위해서는 약국을 통해야합니다.

Q : 너무 많은 로그인 실패로 내 계정이 잠겨진 경우 어떻게해야합니까?

A : "password tab"을 클릭하고 새 암호를 생성하는 지침을 따르십시오.

gPortal 에 장점

gPortal 은 다음과 같은 것들을 수행 할 수 있습니다 ...

--예약을 요청

--결과를 검토

--메세지 보내기

--귀하의 개인 의료 기록을 갱신

--24 시간 어디에서나 액세스 가능

어떻게 시작해야 :

Internet Explorer 8 아님 더 높은 기능

또는 Mozilla Firefox-

바로 계정하십시오

오늘 바로 환자분의 사용자 아이디와 암호를 계정하십시오!

환자의 건강 관리에 적극적인 역할을 하십시오!

연락처 :

CAPITAL DIGESTIVE CARE

Laurel, MD

Columbia, MD

Takoma Park, MD

301-498-5500

03-10-16 (2) GG

전화 연락

의사선생님과 전화로 연락하기를 바라는 경우 저희 직원의 음성사서함에 메시지를 남겨주시면 환자분의 의사 선생님께서 전화를 드릴 것입니다.
위급상황을 제외하고는, 진료시간 뒤에 연락을 드립니다.

청구서와 보험

환자분에게 편의를 제공하기 위하여, 저희 센터는 제공한 서비스의 청구를 위해 필요한 서류를 작성해 드립니다. 만약 보험에서 30 일 안에 요금을 지불하지 않은

경우에는, 청구를 돕기위해 환자분이 보험에 전화를 할 책임이 있습니다. 또한 **환자분은 HMO 소개서가 유효하며, 결제 사무실 (Billing Office) 보관되어 있는 지를 확인 할 책임이 있습니다.** 소개서가 보관되어 있지 않은 HMO 환자분에게 예외는 없습니다.

저희는 대부분의 보험과 신용카드를 받습니다. 저희 중앙 결제 사무실에서 8:00a.m - 4:00p.m(월-금) 까지 도와 드릴수 있습니다.

1-866-331-4232 에 2 번을 눌러 주십시오.

병원 장소 및 연락처

Laurel Medical Arts Pavilion

7350 Van Dusen Road
Suite 210
Business Office: Suite 250
Laurel, MD 20707
TEL: 301-498-5500
FAX: 301-498-7346

7610 Professional Building

7610 Carroll Avenue
Suite 250
Takoma Park, MD 20912
TEL: 301-270-3640
FAX: 301-270-3645

Columbia Medical Campus

5500 Knoll North Drive
Suite 460
Columbia, MD 21045
TEL: 410-730-9363
FAX: 410-730-2084



**CAPITAL
DIGESTIVE
CARESM**

First in Digestive Health

www.capitaldigestivecare.com/mdd



**CAPITAL
DIGESTIVE
CARESM**

First in Digestive Health

Capital Digestive Care

소화기 내과

JEFFREY S. GARBIS, M.D., F. A. C. G.

RICHARD M. CHASEN, M.D., F.A.C.G.

JEFFREY BERNSTEIN M. D., F.A.C.G.

THEODORE Y. KIM, M.D., F.A.C.G.

MARVIN E. LAWRENCE II M. D., F.A.C.G.

SEAN M. KARP, M.D., F.A.C.G.

PRITI BIJPURIA, M.D.

EILEEN ERSKINE, C.R.N.P.

www.capitaldigestivecare.com/mdd

소개

이 책자는 질문에 응답하고 우리의 의료 관행 및 사무실 정책에 대한 정보를 제공하도록 제작되었습니다. 저희는 최고의 의료진과 함께 환자분이 만족하시는 최고의 의료 서비스를 편안한 환경에서 제공하기 위하여 노력하고 있습니다.

병원

저희 센터의 모든 의사 선생님은 의사협회 위원회에서 공증받았으며 다음과 같은 병원과 제휴하고 있습니다. Laurel Regional, Washington Adventist, And Howard County General. 공교롭게도, 저희는 위에 포함되지 않은 다른 병원에 입원하신 환자분들을 볼 수 없습니다.

근무시간

저희의 전화 안내 시간은 금요일 아침 9:00 부터 저녁 5:00 까지이며 저희 근무시간은 지역마다 다릅니다. 예약된 시간 없이 사무실을 방문할 계획이라면 미리 전화를 주십시오.

환자의 예약

저희 센터의 의사들은 세 군데에서 환자를 볼 수 있습니다. 예약을 하길 원하시면 301-498-5500 으로 전화를 주십시오.

만약 긴급상황으로 의사선생님을 보시기를 원하시면, 예약 유무에 따라 세군데 중에 다른 곳으로 가셔야 할 수도 있습니다. 저희는 치료를 돕기 위해 환자분을 가능한 빨리 예약해 드리기 위해 최선을 다 하고 있습니다.

만약에 초기 방문을 하시는 경우에는 저희의 등록 서류는 저희의 웹사이트에서 다운로드 하실 수 있습니다. www.capitaldigestivecare.com/mdd 아니면 저희가 매일을 해드릴 수 있습니다. 예약 날짜에 작성하신 서류를 가지고 오셔야 합니다. 보험카드와 사진이 있는 ID 를 메번 가지고 오셔야 합니다. 최근에 찍은 엑스레이나 피검사 결과도 가지고 오십시오.

만약 HMO 환자이신 경우, 주치의에게 소개서를 받아 가지고 오셔야 합니다. 또한 방문 때 co-pay 를 지불하실 준비를 해주십시오.

혹예약을 취소하셔야 되는 경우에는 근무시간 48 시간전에 알려 주셔야 합니다. 48 시간 전에 알려주시지 않거나,

아무 연락없이 오지 않으신 경우 저희는 수수료를 요구할 권리가 있습니다.

때때로, 병원 긴급상황으로 환자분의 예약이 변경될 수 있습니다.

그런 경우, 저희 센터에서 가능한 빨리 환자분께 연락을 드릴 것입니다.

응급 관리

근무시간 뒤에 있는 응급 상황을 위해, 저희는 응급상황에 대기하는 의사와 연결을 돕는 응급 서비스를 제공합니다. 이 응급서비스는 1-240-790-1625 로 연락을 하시면 됩니다. 응급연락이 아닌 전화는 근무시간에 해주십시오.

처방전과 리필

모든 처방전과 리필은 약이 필요한 72 시간전에 저희 오피스 근무시간에 연락해 주십시오. 리필은 환자분의 약국에서 저희에게 연락하게 해 주십시오.

03/11/16 JH



오피스 약도(Office Directions):

Laurel Office:

Laurel Medical Arts Pavilion
7350 Van Dusen Rd.
Suites 210 and 230
Laurel, MD 20707
Telephone: 301-498-5500
Fax: 301-498-7346
Business Office: Suite 250

From the South(남쪽에서 오시는 경우):

- I-95 North Baltimore 쪽으로 향하십시오
- Exit 33A (Laurel Route 198)로 빠지십시오.
- 33A 로 빠지실때, 오른쪽 라인에 계십시오.
- 교차점에서 Van Dusen Road 쪽으로 우회전을 하십시오.
- Van Dusen Rd 에서 직진을 하십시오.
- 다섯번째 신호등에서 Laurel Regional Hospital 쪽으로 우회전을 하십시오. 저희 건물은 병원 오른쪽에 있습니다.

Takoma Park Office:

7610 Professional Building
7610 Carroll Ave.
Suite 250
Takoma Park, MD 20912
Telephone: 301-270-3640
Fax: 301-270-3645

From the North(북 쪽에서 오시는 경우):

- Take I-95 South Washington to 495/
Silver Spring 쪽을 향하십시오.
- Exit 29-B University Blvd/Langley Park로 빠지십시오.
- University Blvd.를 따라, Carroll Ave로 가십시오.
- Carroll Avenue 쪽으로 우회전을 하십시오.
- 첫번째 신호등을 지나 Washington Adventist Hospital Parking lot
으로 우회전을 하십시오. 저희건물은 바로왼쪽에 보이는
건물입니다.

Columbia Office:

Columbia Medical Campus
5500 Knoll North Drive,
Suite 460,
Columbia, MD 21045
Telephone: 410-730-9363
Fax: 410-730-2084

29번 North 아니면 South: 29번에서 exit Rt 175 East(Exit 20A), Jessup 쪽으로 빠지십시오. 첫번째 신호등 Thunderhill Rd 에서 좌회전을 하십시오. 그 다음 Lightening View 쪽으로 좌회전을 하십시오. 그 다음 Knoll North 쪽으로 좌회전을 하십시오. 저희 빌딩은 왼쪽에 있습니다.

I-95 North or South: 95에서 exit Rt 175 West (exit 41B), Columbia 쪽으로 빠지십시오. 계속 175번 West로 4.5마일 정도 가시다 Thunder Hill rd 신호등에서 우회전을 하십시오. 그 다음 Lightening View 쪽으로 좌회전을 하십시오. 그 다음 Knoll North 쪽으로 좌회전을 하십시오. 저희 빌딩은 왼쪽에 있습니다. (revised 03/10-16 gg)

