



Personal Details			
이름 (NAME)	성별 (SEX) <input type="checkbox"/> 남 (M) <input type="checkbox"/> 여 (F)	나이	생년월일 (DATE OF BIRTH)
주소 (ADDRESS)			
시 (CITY)		주 (STATE)	우편번호 (ZIP CODE)
전화번호: 가장 연락받기 편하신 번호 옆에 체크 표시를 해주세요 <input type="checkbox"/> HOME () _____ <input type="checkbox"/> CELL () _____		추천/소개 (REFERRED BY): <input type="checkbox"/> DOCTOR _____ <input type="checkbox"/> OTHER _____	
EMAIL <input type="checkbox"/> I prefer appointment reminders be sent to my email			
응급시 연락 EMERGENCY CONTACT INFORMATION			
이름 (NAME)	환자와의 관계 (RELATION TO PATIENT)		
PHONE ()	ALTERNATE ()		
<p>환자에게 제공된 모든 서비스는 환자 본인에게 청구 됩니다. 저희 병원과 다른 합의가 있지 않는 한, 병원 내규에 따라 모든 환자에게는 치료를 받는 동시에 치료비를 부담해야 할 의무가 있습니다.</p>			

Relevant Injury Dates	
부상 관련해서 증상이 나타나기 시작한 날짜가 언제였습니까?	
이 증상과 관련해서 수술을 받으신 적이 있다면 가장 최근에 수술 받은 날짜가 언제입니까?	
저희 병원에 오시기 전 다른 곳에서 치료를 받으신 적이 있다면, 그 날짜도 기입해 주세요.	

저희 병원에 찾아 오신 가장 큰 목적은 무엇입니까?



Have you ever suffered from or been told you have any of the following?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> High blood pressure
고혈압 | <input type="checkbox"/> Heart problems
심장 질환 | <input type="checkbox"/> Lung problems
폐 질환 | <input type="checkbox"/> Head injury
머리 부상 |
| <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis
다발성 경화증 | <input type="checkbox"/> Parkinson's disease
파킨슨병 | <input type="checkbox"/> Stroke
뇌졸중 | <input type="checkbox"/> Liver problems
간 질환 |
| <input type="checkbox"/> Thyroid problems
갑상선 질환 | <input type="checkbox"/> Blood disorders
혈액 질환 | <input type="checkbox"/> Diabetes
당뇨 | <input type="checkbox"/> Low blood sugar
저혈당 |
| <input type="checkbox"/> Cancer
암 | <input type="checkbox"/> Arthritis
관절염 | <input type="checkbox"/> Osteoporosis
골다공증 | <input type="checkbox"/> Vascular problems
혈관/혈액순환 질환 |
| <input type="checkbox"/> Broken bones
골절 | <input type="checkbox"/> Other orthopedic problems
다른 정형외과 관련 질환 | <input type="checkbox"/> Chronic pain
만성 통증 | <input type="checkbox"/> Ulcers/stomach problems
궤양/위 질환 |
| <input type="checkbox"/> Chronic migraines
편두통 | <input type="checkbox"/> Denies significant previous
medical history
다른 특별한 증상 없음 | | |

환자 약 리스트 Medication List

약 Name	투약용량	투약빈도	투약 방법	어떤 증상을 치료하기 위해 사용 합니까?

I certify that the foregoing statements are true to the best of my knowledge and belief.

본인은 앞의 질문지에 대한 답변이 모두 사실과 일치함을 확인합니다

Signature of Patient	Date



예약 취소 및 NO SHOW 에 관한 규정

예약 시간 변경이 필요한 경우 예약 시간 최소 24 시간 전에 알려 주셔야 재예약이 가능합니다. 예약 시간을 변경하기 위해서는 저희 병원으로 연락해 주셔서 원래 예약과 같은 주에 다시 예약할 수 있도록 해 주십시오.

만약 예약 **24 시간** 전에 예약 취소를 하지 않으시거나 약속된 시간에 오지 않으시면 **\$40** 을 부과할 수 있습니다.

Emergency 가 있을 경우에 한해 예외로 해 드릴 수 있지만, 3 번 이상 약속 시간에 늦거나, 늦게 예약을 취소하시거나, no show 를 하셨을 경우, 매일 전화를 하셔서 남아 있는 spot 에만 예약하실 수 있습니다.

위의 규정을 따르지 않으실 경우 저희는 진료를 계속하지 않을 권리가 있습니다.

나는 위의 진료 동의서를 읽고 이해했음을 서명합니다:

Initials

개인정보 관행통지서

By law, we are required to provide you with our Notice of Privacy Practices (NPP). This Notice describes how your medical information may be used and disclosed by us. It also tells how you can obtain access to this information.

As a patient, you have the following rights:

1. The right to inspect and copy your information;
2. The right to request corrections to your information;
3. The right to request that your information be restricted;
4. The right to request confidential communications;
5. The right to a report of disclosures of your information;
6. The right to a paper copy of this Notice.

We want to assure you that your medical/protected health information is secure with us. This notice contains information about how we will insure that your information remains private. A complete copy of our privacy practices is available at any time in our waiting room or upon request. If you have any questions about this notice please contact the following Privacy Officer.

Effective Date of this Notice: 01/01/2021
Contact Person: Joseph Park— Privacy Officer
12465 Lewis Street, Suite 101 Garden Grove, CA 92840
Call: (714) 703-8477
Email: Joe@ascendpt.net

I hereby acknowledge that I have had the opportunity to review a copy of this practice's NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. I understand that if I have questions or complaints regarding my privacy rights that I may contact the privacy officer. I further understand that the practice will offer me updates to this NOTICE OF PRIVACY PRACTICES should it be amended, modified, or changed in any way during my course of treatment.

Patient or Patient's Guardian, signature.

나는 위의 진료 동의서를 읽고 이해했음을 서명합니다:

Initials

FINANCIAL RESPONSIBILITY POLICY

It is our policy and a courtesy to assist you in determining your physical therapy benefits; however, it is your responsibility to know your coverage. If there are any inconsistencies from the quoted benefits from your insurance company, bring it to our immediate attention as Ascend Physical Therapy, Inc. is not responsible for inaccurate information regarding insurance carrier or coverage provided.

It is also your responsibility to inform Ascend Physical Therapy, Inc. if you are actively receiving or plan to receive any of the following therapies during the course of your treatment at Ascend Physical Therapy, Inc. as it can affect your benefits: PT, OT, Speech, Chiro, Cardiac, Acupuncture or Hydro-Therapy.

Medicare patients cannot receive benefits for Medicare care Part B Outpatient Therapy and Medicare Part A Home Health Care at the same time. You must inform Ascend Physical Therapy if and when you enroll in a Home Health Care Episode while enrolled in outpatient physical therapy. This includes all forms of home health care not solely physical therapy. If I fail to report home health care to Ascend Physical Therapy, Inc. I understand that I will be responsible for any unpaid charges incurred during that time.

Assignment of Benefits/Release of Information: I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to Ascend Physical Therapy, Inc. for professional services rendered to me or my dependent. I understand that the co-pay/co-insurance information is my responsibility and will be due at time of service. I shall be personally responsible for any unpaid balance due. I authorize the release of any necessary medical information needed to process these claims.

I hereby agree to pay my account AS SERVICES ARE PROVIDED. If for any reason there is a balance owing on my account, I will pay promptly upon receipt of the statement. Although I have requested Ascend Physical Therapy to bill my insurance company on my behalf, I CLEARLY UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE DIRECTLY TO ASCEND PHYSICAL THERAPY, INC. FOR MY ACCOUNT REGARDLESS OF THE STATUS OF MY INSURANCE CLAIM.

나는 위의 진료 동의서를 읽고 이해했음을 서명합니다:

Initials

진료 동의서

나는 Ascend Physical Therapy, Inc 와 직원들의 아래 진료 방법에 동의합니다.

- 나는 신경, 근육, 그리고 뼈에 이상 또는 통증이 있어서 제 기능을 하지 못할 경우 평가/진료 받는 것에 동의합니다.
- 나는 아래와 같은 진료 방법이 사용될 수 있다는 것을 알고 있습니다; 관절과 연조직 가동술, 집에서 운동프로그램, 재활 기능 훈련(자세와 신체역학, 온열/냉/전기 치료, 초음파, 신경근 전기자극 치료, 방광 훈련 등)
- 나는 치료 전 진료과정의 방법과 목적에 대해서 설명을 듣고 진료 방법을 언제든지 거부할 수 있음을 알고 있습니다.
- 나는 나의 몸 상태에 따라서 다른 선생님이나 의사를 만나 진찰 받을 수 있음을 알고 있습니다.
- 나는 재활에 필요한 운동 기구를 Ascend Physical Therapy, Inc 나 다른 곳에서 살 수 있음을 알고 있습니다.

나는 위의 진료 동의서를 읽고 이해했음을 서명합니다:

Initials

I certify that I have read, and understand, the above consent statements that I have initialed.

Printed Name

Patient or Patient's Guardian, signature.

Date