



### Appointment Attendance Policy (예약 참석 방침)

It has always been our policy here at Southland Physical Therapy, Inc., to give our patients the benefit of the doubt when they forget to show up for an appointment or cancel an appointment with less than 24 hours notice. However, 3 “no-shows” (missed appointments without prior or any notification) OR cancellations less than 24 hours in advance combined may result in the loss of your physical therapy benefits. We are obliged to notify your referring physician about attendance or compliance problems and your physician may decide to discontinue your course of therapy.

저희 Southland Physical Therapy, Inc 에서 예약취소를 부득이 하실 경우에는 예약시간 24 시간 전에 하시도록 방침을 하고 있습니다. 그러나 사전에 예약취소를 또는 24 시간 전에 연락을 주시지 않으시고 3 번 이상 예약을 불참하실 경우에는 물리치료의 혜택을 잃으실 수 있습니다. 저희는 의무적으로 환자분의 예약불참 또는 그의 관련된 문제에 관하여 환자분의 의사에게 전달할 수 있으며 또한 의사가 물리치료를 중지할 수도 있습니다.

In addition, based on our No-Show or Cancellation Less Than 24 Hours in Advance Policy: There may be a charge for a missed appointment or cancellation without proper notice. This charge will not be covered by insurance, but will have to be paid by you personally. Even if it is a last minute cancellation, we greatly appreciate you notifying us so we can attempt to schedule our waiting list patients into your space. If the space is filled with another patient, the charge will not apply to you.

또한 예약취소 방침에 의거하여 사전에 연락 없이 예약을 취소하실 경우에는 요금을 청구 할 수도 있습니다. 이 요금은 보험으로 처리할 수 없으며 본인께서 직접 부담하셔야 합니다. 혹 부득이 예약취소를 예약시간 24 시간 전에 하실 수 없더라도 다른 환자분들을 위해서 예약시간 전까지는 꼭 연락 주시기 바랍니다. 만약 환자분의 예약취소 후 그 시간에 다른 환자분의 예약이 될 경우엔 요금이 부과되지 않을 것입니다.

The main reason for this policy is that missed appointments create a hardship on our office and the continuity of your care and other patients. (이 방침의 요점은 환자분들의 예약취소로 인하여 다른 환자분들이 피해가 가지 않도록 하는데 있습니다.) We have patients on our waiting list who are in need of a treatment or evaluation, and they cannot always come in with less than 24 hours notice. (이유로는 대기자 명단에 있는 환자분들이 24 시간 안에 오실 수 없는 문제가 생기기 때문입니다.)

Your commitment to attending your appointments, being there on time, and doing your home exercise program is critical for us to help you heal your injuries. (예약 및 시간에 맞추어 오는 것 또는 집에서 해야 하는 프로그램들은 환자분의 치료를 위해 꼭 지켜주어야 합니다.)

Thank you! (감사합니다)

I understand the above policy, I agree with it, and I will do my utmost best to adhere to it.  
(본인은 지금까지의 방침을 모두 동의하며 지키도록 최선을 다하겠습니다)

\_\_\_\_\_  
Print Name(성함)

\_\_\_\_\_  
Signature(사인)

\_\_\_\_\_  
Date(날짜)

\_\_\_\_\_  
Responsible Party if Not Patient Signature (보호자 사인)

\_\_\_\_\_  
Date(날짜)



PATIENT INFORMATION (환자 정보)

LAST (가족성) FIRST (이름) MI
SEX (성별) M (남) F (여) BIRTHDATE (생일) MO (월) / DAY (날) / YEAR (년도) SSN(소셜넘버)
ADDRESS (주소)
CITY (도시) ST (주) ZIP (지역번호)
PHONE (전화번호) Email (이 메일):
EMPLOYER (직장)
ADDRESS (직장주소)
OCCUPATION (하는일) WORK PHONE (직장전화 번호) T
DRIVER'S LICENSE (운전면허번호) ST (주) MARITAL STATUS (혼인상태)
WHO IS YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN? (당신의 담당의사는 누구입니까?)
WHAT IS YOUR CO-PAY? (당신의 환자부담금은 얼마입니까?)
WHO MAY WE THANK FOR REFERRING YOU? (누구 소개로 오셨습니까?)
LEAVE A MESSAGE AT YOUR (연락이 가능한 곳은 어디입니까?): HOME OFFICE Email OTHER

EMERGENCY CONTACT (비상연락망)

LAST (가족 성) FIRST (이름) RELATIONSHIP (관계)
ADDRESS (주소)
CITY (시) ST (주) ZIP (지역번호)
HOME PHONE (집 전화번호) WORK PHONE (직장번호)

INSURANCE: PRIMARY 보험가입자

PLEASE COMPLETE ALL INSURANCE INFORMATION COVERING THE PATIENT
건강보험 정보를 모두 적어주세요.

NAME(이름) ID # (아이디) GRP NO. (그룹넘버)
INSURED NAME (보험자 이름) SS# (소셜넘버)
BIRTHDATE (생일) MO (월) / DAY (일) / YEAR (년)
CIRCLE RELATIONSHIP TO PATIENT (환자와의 관계): SELF(본인) SPOUSE(배우자) CHILD (자녀) OTHER (그 외)

INSURANCE: SECONDARY 보험가입자

PLEASE COMPLETE ALL INSURANCE INFORMATION COVERING THE PATIENT

NAME (이름) ID# (아이디) GRP NO. (그룹넘버)
INSURED NAME (보험자 이름) SS# (소셜넘버)
BIRTHDATE (생일) MO (월) / DAY (일) / YEAR (년)
CIRCLE RELATIONSHIP TO PATIENT (환자와의 관계): SELF(본인) SPOUSE (배우자) CHILD (자녀) OTHER (그 외)

AUTHORIZATION 승인

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE, AND I CONSENT TO ANY MEDICAL TREATMENT RENDERED THE PATIENT UNDER THE GENERAL AND SPECIAL INSTRUCTIONS OF THE PHYSICIAN.

지금까지 기입한 사항들은 전부 사실이며 의사선생님의 모든 치료 및 지시 등을 승인하는 바입니다.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PATIENT (환자분 사인)

**ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS AND AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION RELATED TO MEDICAL SERVICES PROVIDED**

의료보험의 모든 정보는 의료서비스에 관련되어 제공할 수 있습니다.

I, HEREBY, ASSIGN ALL BENEFITS TO SOUTHLAND PHYSICAL THERAPY, INC. FOR SERVICES RENDERED TO ME OR SAID MINOR PATIENT. I AUTHORIZE ANY HOLDER OF MEDICAL INFORMATION ABOUT ME OR SAID MINOR TO RELEASE TO MY INSURANCE COMPANY ANY INFORMATION NEEDED TO DETERMINE THESE BENEFITS OR THE BENEFITS PAYABLE FOR RELATED SERVICES.

본인은 모든 의료혜택을 SOUTHLAND PHYSICAL THERAPY, INC 에 허락하며 본인이 의료혜택을 받을 수 있도록 의료정보를 보험회사에 제공함을 승인하는 바입니다.

I UNDERSTAND MY SIGNATURE REQUESTS THAT PAYMENT BE MADE TO SOUTHLAND PHYSICAL THERAPY, INC., AND AUTHORIZE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION NECESSARY TO PAY THE CLAIM. I HAVE ALL MY INSURANCE INFORMATION FOR BILLING PURPOSES AND UNDERSTAND THE BILLING PROCEDURES.

본인의 서명이 의료비를 결제함에 필히 필요하다는 것을 이해하며 모든 결제는 SOUTHLAND PHYSICAL THERAPY, INC 로 되어야 하고 모든 의료보험 및 필요한 정보 들은 혜택을 받기 위하여 제공되어야 함을 이해하는 바입니다. 결제에 관련된 모든 의료보험 정보는 본인이 소지해야 함을 이해하는 바입니다.

I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES NOT COVERED BY MY INSURANCE POLICY INCLUDING BUT NOT LIMITED TO, CO-PAYMENTS, DEDUCTIBLES, AND NON-COVERED SERVICES. I ALSO AGREE TO COMPLETE ALL NECESSARY PAPERWORK IN ORDER FOR MY CLAIM TO BE PAID BY MY INSURANCE COMPANY AND ACCEPT FULL LIABILITY FOR ALL CHARGES IF PAYMENT IS NOT MADE IN MY BEHALF BY MY INSURANCE COMPANY.

본인은 환자부담 비용 및 보험이 안 되는 사항들에는 본인이 전적으로 책임이 있다는 사실을 인지하고 또한 의료혜택을 받기 위한 모든 서류는 본인이 작성하여야 한다는 사실을 전부 이해합니다.

SIGNED, PATIENT (OR PARENT IF MINOR)

환자분 사인 또는 18 세 미만이면 보호자 사인 \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

IF OTHER THAN PARENT, RELATIONSHIP

보호자분이 아니시면 환자와의 관계를 적어주세요. \_\_\_\_\_



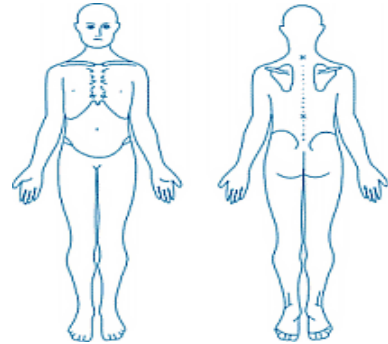
Name (이름): \_\_\_\_\_ Date (날짜): \_\_\_\_\_ Age (나이): \_\_\_\_\_  
Occupation or previous occupation(직업): \_\_\_\_\_

**Physical Therapy Subjective Information Record**

**물리치료 정보기록**

**Area(s) of Injury (부상영역)**

- A. **Shade** in all areas of your symptoms, Pain, Stiffness, ache etc. on the drawing to the right. (통증과 증상부위에 표기해주세요.)
- B. **Label** the spot of your worst pain with a large X. (가장 통증이 심한곳에 X 표를 해 주세요.)
- C. **Circle** any areas of numbness or tingling. (마비나 간지러운 부위에 동그라미를 해 주세요.)



**D. Medical Questions (의료 질문)**

1. Do you have a pacemaker? 맥박 조절기 있으십니까? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
2. Have you experienced significant weight loss recently? 최근에 급격 체중 감소 경험이 있습니까? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
3. Have you ever had cancer? 암에 걸린 적이 있습니까? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
4. Have you had multiple cortisone or prednisone injections? 여러 번의 콘티존 주사나 prednisone 주사를 받으신적이 있습니까? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
5. Are you taking any anti-inflammatory medications? 염증을 방지하는 약물을 드시고 계십니까? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
6. Are you taking any muscle relaxants for this problem? 이 문제에 대한 근육 이완을 받고 계십니까? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
7. Are you taking any pain medications for this problem? 현재 아프신것에 진통제를 복용하십니까? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
8. Are you currently taking any other medications? 그 외 다른 약물을 복용하고 계십니까? 있으시면 자세하게 써 주세요. If yes, Please list/explain \_\_\_\_\_
9. Do you have any difficulties with urination? 배뇨기관에 문제가 있으십니까? 있으시면 설명해주세요. If yes please explain: \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
10. What other health care providers are you currently seeing? (이 외 다른 의료기관을 다니십니까?) \_\_\_\_\_

**E. Have you had any of the following for this specific problem (다음과 같은 검사들을 하셨나요?):**

- CT scans \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
- MRI's \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
- X-Rays \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Is there any condition not listed above that you feel may affect your treatment in **any way** i.e. Heart condition, Lung condition, Osteoporosis, Joint replacements, Balance deficit, Visual impairment, Previous Surgeries, Skin sensitivity, Allergies, Dizziness, Fainting? Please explain. 위에 나열되지 않은 조건에 어떤 방식으로든 치료에 영향을 미칠 수 있는 것이 있으면 말씀해주세요. 예) 심장병, 폐 조건, 골다공증, 공동 교대, 수지적 자, 시각 장애, 이전 수술, 피부 민감도, 알레르기, 어지러움, 실신. 자세히 설명해주십시오. :

*I acknowledge that the above information I have written is true and accurate to the best of my knowledge. I will notify my therapist of any change in condition.*

나는 위의 사항을 인정하고 정확한 정보를 기록한 사실을 인정합니다. 어떤 변화가 생기면 의사분께 통보하겠습니다.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_