

PATIENT REGISTRATION FORM

OFFICE USE ONLY
MR#: _____

일자 (DATE): _____

성 (LAST NAME): _____ 이름 (FIRST NAME): _____

주소 (ADDRESS): _____ (APT): _____

도시(CITY): _____ 주 (STATE): _____ 우편번호 (ZIP CODE): _____

생일 (DATE OF BIRTH): _____ 남성 MALE 여성 FEMALE

사회보장 번호 (SOCIAL SECURITY #): _____ - _____ - _____

전화번호 (TELEPHONE #): (_____) _____ - _____

핸드폰번호(CELL PHONE #): (_____) _____ - _____

오늘 받으시는 검사(TYPE OF EXAM): _____

검사 받으시는 이유(REASON FOR EXAM): _____

*******INSURANCE INFORMATION*******

첫번째 보험 INSURANCE TYPE: _____ 멤버 ID (MEMBER ID): _____

두번째 보험 SECONDARY: _____ 멤버 ID (MEMBER ID): _____

PRIMARY HOLDER: SELF / SPOUSE / PARENT / OTHER

If different than the patient, please complete the following:

관계 POLICY HOLDER'S NAME: _____

생일 DATE OF BIRTH: _____

*******EMERGENCY INFORMATION*******

In case of emergency, please notify:

응급시 연락처 이름 / 관계 NAME: _____ / _____

응급시 연락처 전화번호 TEL #: (_____) _____ - _____

PATIENT'S SIGNATURE: _____ DATE: _____