



입원/수술 사전 계획안 작성 요령

1. 회원 카드에 기재된 회원 이름과 회원 번호, 서류 작성일 날짜 기재할 것.
2. 수술 환자 이름과 생년월일 기록할 것, 주간 연락처 (전화 번호) 기재할 것.
3. 아래에서 병원 방문 형태를 골라 동그라미표할 것:
 - a. 수술 (입원 기간 1일 이상)
 - b. 입원 기간 하루 미만
 - c. 입원 사전 계획 - 입원 예약시
4. 병원 이름, 담당자명과 병원 담당자 전화 연락처
5. 담당의사 이름 및 전화 번호, 건강/신체 상태 (조건), 입원 혹은 수술 일자
6. 원하지 않는 개인 정보 공개 사항 기록 할 것
7. 회원 싸인 (미성년 자녀 대신 보호자/회원 본인), 싸인 날짜 기록.

작성 후 뒷 면에 기재된 주소나 팩스 번호로 보내 주시기 바랍니다.

자료 제공 건에 관한 동의서 유효 기간은 90일입니다.
입원예정, 당일 수술 혹은 최근 입원 시 이 서류를 작성 보내 주시기 바랍니다.



Patient Advocacy Center
 11111 Richmond Ave., Suite 237
 Phone # 1(866) 238-6897
 Fax # (713) 414-4908

입원/수술 사전 계획안
 (뒷면 안내문을 참조하시기 바랍니다)

회원 (인쇄체로 기록하실 것)

회원명: _____ 회원 번호: _____ 금일 날짜: _____

환자 (환자당 한 장 씩 기록 제출할 것)

환자 이름: _____ 생년월일: _____ 연락처: _____

한 군데 체크 할 것: 입원 통원 입원 전

병원 이름: _____ 병원 시/주: _____

병원 담당자명: _____ 병원 전화: _____

담당의사 명: _____ 담당의사 전화: _____

환자 상태: _____

입원 일자: _____ 수술 일자: _____

위 지명된 의료인/의료 기관은 위에 기록 된 환자에 관한 건강 정보를 웨미리 케어 병원비 재조정 센터로 제공해 줄 것을 요구함과 동시에 이를 위임합니다:

1. 환자 본인은 병원비 재조정 센터로 하여금 위 명기한 방문 혹은 치료 일자에 관해 논의 함을 허락 함
2. 환자 본인은 병원비 재조정 센터로 하여금 방문 혹은 치료 이유에 관해 논의 함을 허락 함 (예: 입원, 통원, 수술 등...)
3. 환자 본인은 병원이 병원비 재조정 센터로 특정 건강 기록 자료를 제공하여 주는 것에 동의 함

기록 내용 공개 금지 원하는 사항이 있으면 기록 할 것: _____

환자 서명: _____ 싸인 날짜: _____

부모 싸인 (환자 미성년자인 경우): _____ 싸인 날짜: _____

병원비 재조정 센터 전용

INFORMATION BELOW MUST BE COMPLETED BY PATIENT ADVOCACY CENTER

Estimated Length of Stay: _____ Primary Diagnosis Code ICD9: _____ Procedure Code: _____

Results: _____

PAC Dept.: _____ Date: _____