Sign-up form
선정 서류

케이스 번호		
고객 이름		
고객 주소		
시	주	우편번호

귀하가 전화로 선정했을 경우는 이 서류를 작성하지 않아도 됩니다! 1-800-562-3022로 즉시 연락하십시오!
(청각장애인/시각장애인(TTY/TDD)은 1-800-848-5429로 연락하십시오.)

1-2-3 세는 *것처럼 쉽습니다!*

1. 어떻게 진료받고 싶은지 아래에 설명하시기 바랍니다.

2. 귀하는 이 사람의 주치의사(PCP)로 어떤 의사를 원하십니까?(귀하가 주치의사(PCP)로 기입한 의사들은 모두 건강보험에 반드시 가입돼 있어야 합니다. 귀하가 확실하지 않을 경우는 그 의사에게 연락해서 귀하가 원하는 건강보험에 가입돼 있는지 여부를 확인하시기 바랍니다.)

이름: 주치의사(PCP)의 이름:
이름: 주치의사(PCP)의 이름:
이름: 주치의사(PCP)의 이름:
이름: 주치의사(PCP)의 이름:
이름: 주치의사(PCP)의 이름:
이름: 주치의사(PCP)의 이름:

3. 귀하의 의료신분증(medical ID)에 기입돼 있는 사람 중 임신했거나 곧 수술해야 되는 사람이 있습니까?

☐ 임신하였습니까? 누구입니까? *이름:* _____ *출산예정일:* _____

☐ 수술을 해야 합니까? 누구입니까? *이름:* _____ *수술날짜:* _____

이 사람이 진료를 받고 있는 의사나 병원은 어디입니까?

의사이름: _____ *병원 전화번호:* _____

귀하의 의료신분증에 게시되어 있는 사람 중 특정증상이나 발육지체증상이 있는 사람이 있습니까?

☐ 예 _____ _____

그런 증상이 있는 사람의 이름과 특정 증상을 기입하십시오.

귀하가 선정한 것을 알려주십시오.

가장 쉬운 방법은 장거리 무료전화번호인 1-800-562-3022로 저희한테 전화해 주는 것입니다.
월요일 부터 금요일, 오전 7시 부터 오후 6시
저희의 새로운 메세지 시스템을 사용하셔도 됩니다.
청각장애인/시각장애인(TTY/TDD)은 711로 연락하거나 1-800-848-5429로 연락하십시오.
그렇지 않으면 비지네스응답용지 겉면을 반으로 접어서 반송해 주시기 바랍니다.
(우표를 붙이지 않아도 됨.)
또는 팩쓰로 360-725-2144로 전송해 주셔도 됩니다.