# 中国同仁堂汉医院
## 중국동인당한의원

## PATIENT INFORMATION
(환자기록)

Last Name (성 ): ____________________

First Name (이 름 ): ____________________ M.I: ______________

Sex (성 별 ): ☐ Male (남 ) ☐ Female(여 )

Date of Birth (생 년 월 일 ): _____ Month (월 ) _____ Date (일 ) _____ Year (년 )

Marital Status: ☐ Single (미 혼 ) ☐ Married (기 혼 ) ☐ others (기 타 )

Social Security Number (소 셜 번 호 ):

Driver's License Number (운 전 면 허 번 호 ):

Occupation (직 업 ):

Home Phone Number (집 번 호 ): ______________________________

Work Phone Number (직 장 전 화 ): ______________________________

Home Address (집 주 소 ): ____________________________________________

Street Apt.#

____________________________________________

City State Zip Code

Do you have Medi-Cal? (메 디 칼 을 가 지 고 계 십 니 까 ?) ☐ Yes ☐ No

If, Yes. Medi-Cal Number:(메 디 칼 번 호 ):______________________________

Do you have health insurance? ☐ Yes ☐ No

If, Yes. Insurance company name (보 험 회 사 이 름 ):______________________

Whom may we thank for referring you? (누 구 의 소 개 로 오 시 게 되 었 나 요 ?)

Date (날 자 ):______________________ Signature (싸 인 ) :