



DAVID S. HAN, MD



Patient Demographics Form

Patient Information

Date: _____

Name: _____
Last First Middle

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

May we leave messages?

Home Phone: (____) _____ - _____

Yes No

Cell Phone: (____) _____ - _____

Yes No

Work Phone: (____) _____ - _____ x _____

Yes No

Date of Birth: ____/____/____

Social Security Number: _____ - _____ - _____

Sex: Female Male

Marital Status: Single Married Divorced Widowed
 Legally Separated Unknown

E-Mail: _____ (Providing your e-mail address will give you access to our Patient Portal which allows you to set appointments, request prescription refills, and view medical records online.)

Primary Care Physician: _____

Referring Physician: _____

Employer Name: _____ Part-Time Full-Time Retired Student

Responsible Party: Self Guarantor

Guarantor's Name: _____ Relationship: _____

Address: _____ City: _____

State: _____ Zip: _____ Phone: (____) _____ - _____

Primary Insurance: _____ Secondary Insurance: _____

Emergency Contact:

Name: _____ Relationship: _____

Address: _____ City: _____

State: _____ Zip: _____ Phone: (____) _____ - _____

Pharmacy Name: _____

Address: _____

Phone: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

How did you hear about us?

Flyer Yellow Pages Internet Glendale Memorial Doctor Finder

Friend _____ Other _____

I hereby authorize the doctor's office to release any information concerning my health care, advice and treatment provided for the purpose of evaluating and administering claims for insurance benefits. I also hereby authorize payment of insurance benefits otherwise payable to me directly to the doctor.

X _____
Patient, please sign for permission to treat

If signed by other than patient, please write name and relationship



DAVID S. HAN, MD



병원 절차와 재정 방침

귀하의 건강 관리를 위해 저희 병원을 선택해 주셔서 감사합니다. 저희 병원 의료 법인의 의료진과 직원의 목표는 귀하의 건강을 위해 최상의 의료 서비스를 제공하고 앞으로도 꾸준히 성장하여 귀하와의 관계를 발전적으로 유지하는 것입니다. 의료적인 관계와 함께, 재정적인 관계도 함께 구축 할 것 입니다. 이러한 관계를 성공적으로 유지하기 위해, 귀하께서 저희병원의 재정 정책에 대해 명확한 이해를 하시기를 바라는 바입니다. 저희는 귀하께서 이 문서를 읽고, 이해하고 치료 이전에 모든 정책에 동의하고 서명 하시기를 부탁드립니다.

보험 확인

의료진과의 약속 이전에 저희 의료진이 귀하의 보험에 참여하는 공급자인지를 확인하는 것은 귀하의 책임입니다. 귀하는 귀하가 보유하고 계신 보험 혜택에 대해 명확히 이해 하셔야하는 책임이 있습니다. 귀하의 보험이 제공된 의료 서비스를 포함하는지 또는 하지 않는지와, 실험실 및 X-선 서비스를 이용해야 할 특별한 검사에 대한 보험 혜택이 있는지도 확인하시기를 부탁드립니다. 닥터 에스터 윤/샬롬 의료 법인은 귀하의 보험 플랜이 제공하지 않는 서비스에 대해 책임을지지 않습니다. 또한 코페이먼트는 의료서비스 제공 당일에 지불 하셔야 함을 명심하시기 바랍니다.

저희병원의 보험 환자에 대한 예의로서, 저희는 기본 및 보조 의료 보험을 청구합니다. 약속방문시에 본인의 현재 보험 증명서를 제출해야합니다. 보험 증명서가 없으신 경우 제공된 의료 서비스에 대한 지불은 본인 부담으로 요구됩니다. 보험 정보가 서비스 날짜 이후에 제출되는 경우에는, 저희는 귀하의 보험에 청구하여 귀하의 지불을 환불 해 드립니다.

지불 방법

미납된 코페이먼트에 대한 신용 카드 사전 결제 승인 서비스, 추가 비용 / 수수료(즉, '미예약 방문', '불참', '양식' 등), 또한 의료서비스 제공 날짜로부터 90 일 이상 미납된 잔액은 결제가 요구됩니다.

첨부 된 '서비스의 결제'를 참조하시어 '신용 카드 인증'에 서명을 하시고 의사를 보시기 전에 프론트 오피스 직원에게 전달 해주시기 바랍니다. 귀하의 편의를 위해, 저희는 현금, 수표, 비자, 마스터 카드, 그리고 디스커버 카드를 받고 있습니다. 모든 반환 수표에는 \$ 30.00 수수료가 있습니다.

예약 취소 규정

귀하께서 약속을 예약 할 때 특정 시간이 귀하를 위해 예약되어 있음을 아시기 바랍니다.

따라서 귀하께서 예약 된 약속을 지킬 수없는 경우, 적어도 24 시간 전에 알려 주셔야 저희가 귀하의 약속을 재조정하고 다른 환자에게 해당 예약 시간을 제공 할 수 있습니다.

24 시간 미만만에 취소된 예약은 취소 수수료가 청구 될 수 있습니다. 수수료는 횟수 당 \$ 50.00 이며 보험이 적용되지 않습니다. 따라서, 취소 수수료에 대한 지불 책임은 귀하에게 있습니다. 새로운 환자들은 스케줄을 조정하거나 no-show 를 2 번까지 허용됩니다. 만약 두번이상일경우 우리 병원에서 진료가 가능 하지않습니다.

예방 케어 약속 중에 발견된 추가 건강 문제

예방 치료는 건강의 중요한 부분입니다. 저희는 American Academy of Family Practice 에 명시되어있는 일정에 따르시기를 권합니다. 불행하게도 지난 수년간 보험 회사는 예방 검사 동안 발견된 추가 건강 문제에 대한 혜택을 제한해 왔습니다. 예방검사 과정에서 발견된 다른 건강 문제에 관해서는 예방검사 방문비와는 별도의 치료방문 비용으로 청구됩니다. 일부 보험 회사는 환자가 이러한 방문비에 대해 공동 부담을 요구할 수 있다는 점을 유념 해 주시기 바랍니다. 귀하께서 추가적으로 논의하고 싶으신 부분이 있으시면, 추가 시간을 예약 할 수 있도록 직원에게 알려주십시오.

예약이 없는 방문

저희는 사전 예약을 하시고 방문하시기를 권장합니다. 사전 예약없이 병원 방문 후 요청된 약속은 다른 환자 예정된 약속과 질병의 심각도를 고려해 저희의 재량에 따라 조정이 이루어집니다. 모든 경우에, \$ 50.00 미예약 수수료가 부과됩니다. 이 비용은 보험이 적용되지 않으며 의료서비스 당일에 부담하셔야 합니다.

전화 상담

귀하의 건강 문제를 논의하기 위한 의사와의 전화 통화에는 상담 비용이 들 수 있습니다. 이 책임은 귀하의 보험 혜택에 포함되는 경우 저희는 귀하의 보험 회사에 기꺼이 청구할 수 있으나 그러한 혜택이 없는 경우 귀하께서 지불에 대한 책임을 져야합니다.

보호자 요구 사항

18 세 미만의 미성년자일 경우 저희 병원사무실 방문시 법적 보호자가 동반해야합니다. 법적 보호자를 대신한 누군가가 자녀분을 동반할 경우, 해당 자녀의 의료 차트에 법적 보호자를 대신할 수 있는 법적 보호자의 서면 승인이 있어야 합니다. 보호자를 대신하여 자녀를 동반하는 분이 자녀분의 현재 보험증명서의 제출과 코페이먼트에 대한 책임이 있습니다.

양식의 완성 및 의료 기록 요청

저희 의료진이 작성해야 하는 양식(캠프, 학교, 직장, DMV 등)이 있는 경우, 양식 당 \$ 30.00 행정 비용과 약 3 ~ 5 영업일 소요 시간이 있음을 알립니다. 양식이 시급히 필요하신 경우, 추가 비용이 있을 것입니다. 이미 진료 기록을 받아가신 후 추가본이 필요하신 경우 환자 당 진료 기록 추가본에 대한 요금이 있습니다. 의료기록의 양이 매우 많거나 송부 할 것을 요청하는 경우 역시 추가 요금이 부과됩니다.

법원에 보고

닥터 데이빗 한 (샬롬) 과 닥터 에스터 윤 법인의 의료진은 귀하께서 관련된 사고 또는 의료 평가를 요하는 모든 소송에 대해 법원에 보고하지 않습니다. 저희는 귀하의 서면 요청에 따라서만 필요한 의료 및 청구 기록을 제공할 수 있습니다.

상호존중 환경 유지

닥터 데이빗 한 (샬롬) 과 닥터 에스터 윤 법인의 의료진과 직원은 환자분들을 공손하고 정중한 태도로 대하러 노력하고 있습니다. 따라서 환자 분들께서도 저희 직원들을 정중히 대해 주시는것도 중요합니다. 저희는 저희 직원이 언어나 신체적 학대가 없는 환경에서 일하기를 바랍니다. 저희 직원에게 분노나 폭발이 따른 불평은 용납되지 않으며 내부 소란 유발시 병원에서 강제퇴실 조치될 수 있습니다.

개인 정보 보호 관행 통지서 수신 승인

저희 사무실은 귀하의 건강 정보를 보호하기 위해 HIPAA (건강 보험 이동성 및 1996 년 책임 법) 개인 정보 보호 규칙을 적용합니다. 이에 대한 자세한 정보는 귀하의 요청에 따라 귀하에게 제공 될 수 있습니다. 아래에 서명함으로써, 귀하께서는 귀하의 개인 정보 보호 관행 통지서의 사본 (또는 요청에 따라 사본을 수신) 읽기 및 공지 사항을 읽고 이해했으며 이러한 기회가 주어졌음을 인정합니다.

본인은 위의 정보에 따라 병원 계정 결제에 대한 책임을 이해하고, 상기 명시된 규칙과 규정을 준수 할 것을 동의합니다.

환자 성함(정자 기입)

날짜

환자/보호자 성함 (미성년일 경우)

환자/보호자 서명

Personal Health History

Name: _____
성함

Date of Birth: _____
생년월일

Date: _____
날짜

Please answer the following questions to the best of your ability.

Allergies: (알러지 반응)

To What? (반응대상)	Type of Reaction (반응 종류)

Current Medications: (현재 드시고 계신 처방약)

Name (이름)	Strength (용량)	Frequency(빈도수)

For additional medications, please check this box and list them on the back to this form.
이외에 더 드시고 계신 약이 있으시면 박스에 체크를 하신후 뒷장에 적어주십시오.

Medical History (건강기록서)

Vaccinations: (백신)

Hepatitis A(간염 A)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't Know	<input type="checkbox"/> Date of last _____
Hepatitis B(간염 B)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't Know	<input type="checkbox"/> Date of last _____
Tetanus (파상풍)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't Know	<input type="checkbox"/> Date of last _____
Flu (독감)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't Know	<input type="checkbox"/> Date of last _____
Pneumovax (Age 50+)(폐렴 백신)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't Know	<input type="checkbox"/> Date of last _____

Skin Test for TB? (TB 반응검사) Yes No Date of last _____ Positive Negative

Have you ever had or do you have now? 아래의 질환들을 앓은적이 있거나 현재 가지고 계신가요?

Skin Problems (피부질환)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Colonic Polyps (대장용종)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Lung Disease (폐질환)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Kidney Disease (신장질환)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Intestinal Disease (장)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Arthritis (관절염)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Pneumonia (폐렴)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Syphilis (매독)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis (결핵)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Gonorrhea / Chlamydia 임질/클라미디아	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
High Blood Pressure (고혈압)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Thyroid Disease (갑상선질환)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Heart Disease (심장질환)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Glaucoma (백내장)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis (간염)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Peptic Ulcer Disease	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Diabetes (당뇨)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Psychiatric Problems(정신질환)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
High Cholesterol(고콜레스테롤)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Gout (통풍)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Gallstone (담석)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Other (그외) _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Operations/Surgeries: (수술기록)

Hospitalizations: (입원기록)

Type	Year	Reason	Year

Family History(가족 병력)

Family Members:

Relationship	If Living (Age & Health)	If Deceased (Age at Death & Cause)
Father (아버지)		
Mother (어머니)		
Brother(s) (남자형제)		
Sister(s) (여자형제)		

Do you have a blood relative who has been treated for: 직계가족중 아래의 질환을 가지고 있는 분이 있습니까?

Cancer (암)	<input type="checkbox"/> Yes(예)	<input type="checkbox"/> No(아니오)	Relation(관계) _____
Tuberculosis (결핵)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
Diabetes (당뇨)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
Heart Trouble (심장질환)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
High Blood Pressure (고혈압)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
Stroke (뇌졸중)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
Seizures (Epilepsy) (발작)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
Bleeding Problems (비정상 출혈)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
Psychiatric Disorder (정신질환)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
Asthma (천식)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
High Cholesterol (고 콜레스테롤)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____
Other _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Relation(관계) _____

Social History

Marital Status:

Single(미혼자)
 Married(기혼자)
 Separated(이혼)
 Divorced(이혼)
 Widowed(미망인)

Spouse (배우자)	Gender(성별)	Age(나이)	Health (건강상태)
Children(자녀)	Gender(성별)	Age(나이)	Health (건강상태)

Do you have any major problems at home? (가정에 특별한 문제가 있으십니까?) Yes No

If yes, please explain (있으시다면 말씀해 주십시오) _____

What is your occupation? _____ Have you been injured at work? Yes No

직업이 어떻게 되십니까? 직장상해를 당하신적 있으십니까?

Any major problems at work? Yes No If yes, explain _____

직장에서 큰 문제가 되는 부분이 있습니까? 있으시다면 말씀해 주십시오.

What is your religion (종교가 어떻게 되십니까?) _____

What is your sexual preference? Heterosexual(이성애자) Homosexual(동성애자) Bisexual(양성애자)

성적 선호도가 어떻게 되십니까?

Do you smoke cigarettes (흡연을 하십니까)? Yes Never Quit - When? _____

If yes, how much do you smoke? _____

만약 하신다면, 얼마나 하십니까?

Do you drink alcoholic beverages (음주를 하십니까)? Yes No

If yes, how much do you drink? _____

만약 하신다면, 얼마나 하십니까?

Have you ever used recreational drugs? Yes No Quit - When? _____

마약을 사용해보신적 있으십니까?

Do you exercise regularly? Yes No If yes, how often? _____

(규칙적인 운동을 하고 계십니까?) (만약 그러시다면, 얼마나 자주 하십니까?)

Do you drink caffeinated beverages? (카페인 포함 음료 드십니까?) Yes No

If yes, how much do you drink?(만약 드신다면, 얼마나 드십니까?) _____

Review of Systems

Do you have problems with or encounter:

Runny nose (콧물) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Joint pain (관절통) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hearing Loss (청각장애) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Muscle pain (근육통) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ear Problems(귀 문제) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Headache (두통) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sore throat (인두염) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dizziness (어지러움증) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fever / Chills (열) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Depression (우울증) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Weight loss (체중감소) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Anxiety (불안증) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Weight gain (체중증가) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Shortness of Breath(숨가쁨) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Excessive Fatigue(피곤) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cough (기침) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chest pain (가슴통증) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Painful Urination (소변시통증) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Palpitation (심계항진) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Frequent Urination (잦은소변) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Rash (발진) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Difficulty Passing Urine(소변문제) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Abdominal Pain (복통) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Blood In Urine (혈뇨) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Nausea / Vomiting (메스꺼움/토함) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Loss of Control of Urine (요실금) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Diarrhea (설사) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Swelling of Ankles (발목부음) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Constipation (변비) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pain in Legs from Walking (도보시 다리통증) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

For Ages 50 and Over: (50 세 이상인 경우)

Have you had a colonoscopy? (대장내시경경험 여부) Yes, when _____ No

For Women Only: (여성일 경우)

Age period started: (생리 첫 시작 나이) _____ years old

Duration of Period: (생리기간일) _____ days

Date of Last Period: (마지막 생리 날짜) _____

Age Period Stopped: (마지막으로 생리한 나이) _____ years old

Abnormal Menstrual Bleeding?(비정상 생리 출혈여부) Yes No

Date of Last Pap Smear: (마지막 자궁경부암 검사일) _____

Number of Pregnancies:(임신경험수) _____ Deliveries (출산경험수) _____

Abortions(유산경험수) _____ Miscarriages(자연유산 경험수) _____

Use of Contraceptives?(현재 피임을 하고 계십니까?) Yes No

If yes, which one?(피임의 종류) _____

Vaginal Discharge or Itching? Yes No

(질 가려움 또는 분비물이 있으십니까?)

Date of Last Mammogram:(마지막 유방암 검사일) _____

Normal Mammogram?(유방암 정상여부) Yes No _____

Ever Taken Hormones? Yes No

(호르몬을 드신적이 있으십니까?)

Breast Lump or Discharge? Yes No

(유방에 혹 또는 분비물이 있으십니까?)

Patient's Signature (환자 서명)

Date (날짜)



DAVID S. HAN, MD



Payment for Services

Working with multiple insurance companies has become increasingly challenging for medical practices. More and more delayed payments from insurance carriers and patients have placed a severe operational burden on private practices. Therefore, there is an increasing trend for private practices to terminate their affiliation with insurance carriers and become concierge private practices.

In order to continue our current contracts with insurance carriers, it has become necessary for us to establish limits on the length of time we carry outstanding balances for our patients. **Therefore, prior credit card payment authorization for missed copays, additional charges/fees (i.e. 'Walk-In', 'No Show', Form, etc.), and unpaid balances beyond 90 days from the date of service is now required.** Insurance patients are required by your health plan to pay your copay at the time of service. Any copay or additional charges/fees not paid at the time of service will be billed to your credit card on file on the same date of the service. We will also bill to the credit card on file all unpaid balances remaining on your account 90 days from the date of service. Receipts for all credit card charges will be mailed to the home address that we have on file in your chart.

Cash patients will need to pay in full at the time of service. For your convenience, we accept cash, checks, VISA, Mastercard, and Discover. There is a \$30.00 charge for all returned checks.

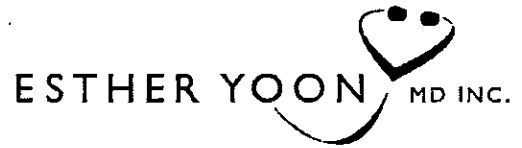
We do realize temporary financial problems may affect timely payment of your account. If such problems do arise, please contact our billing service **immediately after receiving your first statement** for assistance in the management of your account. Payment plans are available for hardship cases. Our billing department can be reached Monday through Friday at (818) 726-8141.

Please complete and sign the attached **Credit Card Authorization** form and return it to the Front Desk today.

Thank you.



DAVID S. HAN, MD



Frequently Asked Questions Regarding Our Credit Card Policy

Where will my credit card number be kept?

It will be kept in our secure electronic health record system that is password protected and only accessible by the doctors and staff of Shalom Medical Corporation/Esther Yoon MD Inc.

Are other practices doing this?

Yes, more and more practices nationwide are adopting this policy to ensure payment for rendered medical services.

Why am I being asked for this information?

When we provide care for you or your child, we are extending credit to you for the services provided. Unfortunately, some patients do not pay their medical bills to us at all. Every year, we are left with thousands of dollars in unpaid bills. The vaccines and medical supplies we purchase are expensive, the overhead for providing them is high, and we make little to no profit on them. When patients neglect to pay their bills, this increases our costs which ultimately get passed to the rest of the practice and its patients.

I always pay promptly. Why do I need to leave this number?

If you pay promptly, your credit card will never be billed.

What if I can't pay my bill within the 90 days allotted?

Please notify our billing office so that we can assist you with this matter.

I'm concerned about credit card fraud.

We will make every effort to ensure that your credit card information is safe and secure. It will be only accessed in the event of non-payment. The risk of credit card fraud when giving a card at a restaurant or when making a purchase is far greater since the card number can be viewed by a greater number of people.

What if I am unwilling to leave a credit card number?

Unfortunately, we will not be able to continue to provide care for you or your child. Please keep in mind that if you pay your medical bills in a timely manner, your credit card will never be billed.



DAVID S. HAN, MD



Credit Card Authorization

I authorize **Shalom Medical Corporation/Esther Yoon MD, Inc** to bill my copay/co-insurance, 'Same Day Cancellation'/'No Show'/'Walk In' charges, Form/Medical Record Fees, and 90 day balance due to the credit card listed below. This authorization will automatically renew at the expiration date of the credit card and remain in force for all patients listed below until termination of care with Shalom Medical Corporation/Esther Yoon MD, Inc.

This information will be kept on file in our secure electronic health record system.

Type of Card (Please Circle One) VISA Mastercard Discover

Card Number _____ - _____ - _____ - _____

Expiration Date _____ / _____

Security Code (3 Digits) _____

Cardholder Billing Address _____

Cardholder Name _____

Cardholder's Signature _____ Date _____

Patient's Full Name _____ / _____ / _____
Patient's Date of Birth

Patient's Full Name _____ / _____ / _____
Patient's Date of Birth

Patient's Full Name _____ / _____ / _____
Patient's Date of Birth

Patient's Full Name _____ / _____ / _____
Patient's Date of Birth

Patient's Full Name _____ / _____ / _____
Patient's Date of Birth