	MEDI-CAL 신청자의 보충적	County Use Only					
	MEDI-OAL TOMP E 8 9			County Number/A	id Code/Case N	umber	
	파트 l 개인정	보		_	_		
1a.	신청자 성명 (성, 이름, 중간이름 약자)		1b. 소셜 시큐리	기티 번호	1c. 생년월일	]	
			_	_	/	/	
1d.	사용된 다른 성명(들) (성, 이름, 중간이름 약자	)	1e. 성별	<b>1</b> f. 신장	1g. 체중		
			□ 남자	피트	파운드		
			□ 여자	인치	76-		
2a.	집 주소	시		주	수 및 -	면번호	
2b.	우편주소 (만일 다르면)	시		주	수광	변번호	
3.	주간 전화번호	해당되면 체크:			전화받기에	 가장	
		□ 전화없음			좋은 시간	, 0	
		메시지 전화번호	1	E A 1 A 1 A 1 A	ال ادا ادا ادا	-J -J	
4a.	영어를 하십시까?	4b. 통역자가 있습니까?	[ 만일 '예' 이면,	통역자의 성명:	전화받기에 좋은 시간	<b>小</b> な	
	□ 예 만일 '예' 이면, 파트Ⅱ로 가십시오	□ 예 □ 아니오					
	□ 아니오 만일 '아니오' 이면, 어떤 언어(들)를 말하십니까?:		통역자의 전화	번호: 			
	릴야십니까?:		( )				
	파트   -	의료 정보			County Use	Only	
5.	파트 II— 지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 □ 예 □ 아니오		들을 신청하신	적이 있습니까?	County Use	Only	
5.	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보		들을 신청하신	적이 있습니까?	County Use	Only	
5.	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 교예 교아니오	조금(SSI)장애 혜택 떻게 되었습니까(되고	 1 있습니까 <b>)?</b> :	적이 있습니까?	County Use	Only	
5.	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 예 이나오 마일 '예' 이면, 다음에 답변하십시오:	조금(SSI)장애 혜택 떻게 되었습니까(되고 청구 중? □ 모름?	1 있습니까 <b>)?</b> :		County Use	Only	
5.	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 에 이다. 다음에 답변하십시오: a. 귀하의 사회보장 또는 SSI 장애 신청이 어 이는 이는 기부? 보류? 제 재심 b. 만일 승인 또는 거부되었으면, 귀하의 사회	조금(SSI)장애 혜택 떻게 되었습니까(되고 청구 중? □ 모름? 보장 또는 SSI 장애	2 있습니까 <b>)?</b> : 신청에 관한 가 <sup>2</sup>	장 최근의	County Use	Only	
5.	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 에 이다고 아니오 만일 '예' 이면, 다음에 답변하십시오:  a. 귀하의 사회보장 또는 SSI 장애 신청이 어 하인? 기부? 보류? 제심 D. 만일 승인 또는 거부되었으면, 귀하의 사회 결정일을 알려주십시오:	조금(SSI)장애 혜택 떻게 되었습니까(되고 청구 중? □ 모름? 보장 또는 SSI 장애	2 있습니까 <b>)?</b> : 신청에 관한 가 <sup>2</sup>	장 최근의	County Use	Only	
5.	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 에 이나오 만일 '예'이면, 다음에 답변하십시오: a. 귀하의 사회보장 또는 SSI 장애 신청이 어 이승인? 기부? 보류? 제심 b. 만일 승인 또는 거부되었으면, 귀하의 사회 결정일을 알려주십시오: c. 귀하의 건강상의 문제(들)가 위의 5b 에 명기	로금(SSI)장애 혜택 떻게 되었습니까(되고 청구 중? □모름? 보장 또는 SSI 장애 기된 일자 이후에 약회 려졌을 때는 없었지? 까? □예 □	1 있습니까) <b>?</b> : 신청에 관한 가 <sup>&gt;</sup> 화되었습니까 <b>?</b> <sup>[</sup>	장 최근의 □ 예 □ 아니오	County Use	Only	
	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 에 이면, 다음에 답변하십시오:  a. 귀하의 사회보장 또는 SSI 장애 신청이 어 승인? 기부? 보류? 제심  b. 만일 승인 또는 거부되었으면, 귀하의 사회 결정일을 알려주십시오:  c. 귀하의 건강상의 문제(들)가 위의 5b에 명기만일 '예' 이면, 설명하십시오:  d. 사회보장 또는 SSI 장애에 관한 결정이 내이후에 새로운 건강상의 문제(들)가 있습니		1 있습니까)?: 신청에 관한 가격 화되었습니까? 만, 위의 5b 에 명 아니오	장 최근의 ☑ 예 ☑ 아니오 링기된 일자		Only	
	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 예  이니오 만일 '예'이면, 다음에 답변하십시오: a. 귀하의 사회보장 또는 SSI 장애 신청이 어 승인?  기부?  보류?  재심 b. 만일 승인 또는 거부되었으면, 귀하의 사회결정일을 알려주십시오: c. 귀하의 건강상의 문제(들)가 위의 5b 에 명 만일 '예'이면, 설명하십시오:  d. 사회보장 또는 SSI 장애에 관한 결정이 내이후에 새로운 건강상의 문제(들)가 있습니만일 '예'이면, 어떤 건강상의 문제(들)가 있습니다일 '예'이면, 어떤 건강상의 문제(들)가 있습니다일을 하거나 자신의 개인적인 일들을 처리하는 나열하십시오.(필요하다면, 별지를 첨부하십시		1 있습니까)?: 신청에 관한 가격 화되었습니까? 만, 위의 5b 에 명 아니오	장 최근의 ☑ 예 ☑ 아니오 링기된 일자		<u> </u>	
	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 예  이니오 만일 '예'이면, 다음에 답변하십시오: a. 귀하의 사회보장 또는 SSI 장애 신청이 어 승인?  기부?  보류?  재심 b. 만일 승인 또는 거부되었으면, 귀하의 사회결정일을 알려주십시오: c. 귀하의 건강상의 문제(들)가 위의 5b 에 명 만일 '예'이면, 설명하십시오:  d. 사회보장 또는 SSI 장애에 관한 결정이 내이후에 새로운 건강상의 문제(들)가 있습니만일 '예'이면, 어떤 건강상의 문제(들)가 있습니다일 '예'이면, 어떤 건강상의 문제(들)가 있습니다일을 하거나 자신의 개인적인 일들을 처리하는 나열하십시오.(필요하다면, 별지를 첨부하십시		1 있습니까)?: 신청에 관한 가격 화되었습니까? 만, 위의 5b 에 명 아니오	장 최근의 ☑ 예 ☑ 아니오 링기된 일자	신적인 <b>)</b> 을	<u> </u>	
	지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보 예  이니오 만일 '예'이면, 다음에 답변하십시오: a. 귀하의 사회보장 또는 SSI 장애 신청이 어 승인?  기부?  보류?  재심 b. 만일 승인 또는 거부되었으면, 귀하의 사회결정일을 알려주십시오: c. 귀하의 건강상의 문제(들)가 위의 5b 에 명 만일 '예'이면, 설명하십시오:  d. 사회보장 또는 SSI 장애에 관한 결정이 내이후에 새로운 건강상의 문제(들)가 있습니만일 '예'이면, 어떤 건강상의 문제(들)가 있습니다일 '예'이면, 어떤 건강상의 문제(들)가 있습니다일을 하거나 자신의 개인적인 일들을 처리하는 나열하십시오.(필요하다면, 별지를 첨부하십시		1 있습니까)?: 신청에 관한 가 화되었습니까? 만, 위의 5b 에 명 아니오	장 최근의 ☑ 예 ☑ 아니오 링기된 일자	신적인 <b>)</b> 을	<u> </u>	

	적이 있습니까? □ 예				또는 병원에서 지료들		County Use Only
	만일 '예' 이면, 다음에 대해	자세하게 답변해	주십시	오:			MC 220
	클리닉/병원의 이름						Signed
	환자/클리닉 또는 멤버 번호		클리	닉/병원 전화번호	Σ		
			(	)			
	진료받은 의사(들)의 이름						
	클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스	위트)		시		우편번호	
	첫 진료일	마지막 진료일			다음 예약일		
	방문(들)의 이유						
	병원에서 하룻밤을 지내셨습		<b>그</b> 예	□ 아니오			
	만일 '예' 이면, 들어간 일자(	들):			나온 일자(들):		
	응급실에서 진료를 받으셨습	니까?	<b>그</b> 예	□ 아니오			
	만일 '예' 이면, 진료를 받은						
	받으신 <b>모든</b> 의약품들을 열기	]하십시오:					
	받으신 <b>모든</b> 치료들과 치료일	l자를 열거하십시	오:				
_	기가 40 페이 드시 키그를 메						
8.	시난 12 개월 동안 신료들 만	으신 어떤 별도의	] 클리	닉 또는 병원여	이 있으시면 열거하십	시오.	
8.	시난 12 개월 동안 신료들 믿 클리닉/병원의 이름	으신 어떤 별도의	클리	닉 또는 병원여	이 있으시면 열거하십	시오.	☐ MC 220
8.	클리닉/병원의 이름	·으신 어떤 별도의				시오.	☐ MC 220 Signed
8.		·으신 어떤 별도의		닉 또는 병원 c		시오.	
8. 	클리닉/병원의 이름	·으신 어떤 별도의				시오.	
8.	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호					시오. 우편번호	
8. 	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호 진료받은 의사(들)의 이름			닉/병원 전화번호 	<u>5</u>		
8. ————————————————————————————————————	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호 진료받은 의사(들)의 이름 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스오	위트)		닉/병원 전화번호 	호 주		
	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호 진료받은 의사(들)의 이름 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스오	위트) 마지막 진료일		닉/병원 전화번호 	호 주		
	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호 진료받은 의사(들)의 이름 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스오첫 진료일 방문(들)의 이유	위트) 마지막 진료일 ·니까?	클리 (	닉/병원 전화번호         	호 주		
	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호 진료받은 의사(들)의 이름 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스9 첫 진료일 방문(들)의 이유 병원에서 하룻밤을 지내셨습	위트) 마지막 진료일 ·니까? 들):	클리 (	닉/병원 전화번호         	호 주 다음 예약일		
	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호 진료받은 의사(들)의 이름 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스로 첫 진료일 방문(들)의 이유 병원에서 하룻밤을 지내셨습 만일 '예' 이면, 들어간 일자(	러트) 마지막 진료일 ·니까? 들): ·니까?	클리 (	닉/병원 전화번호 )  시	호 주 다음 예약일		
8. 	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호 진료받은 의사(들)의 이름 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스로첫 진료일 방문(들)의 이유 병원에서 하룻밤을 지내셨습 만일 '예' 이면, 들어간 일자(응급실에서 진료를 받으셨습	러트) 마지막 진료일 ·니까? 들): ·니까? 일자(들):	클리 (	닉/병원 전화번호 )  시	호 주 다음 예약일		
8. 	클리닉/병원의 이름 환자/클리닉 또는 멤버 번호 진료받은 의사(들)의 이름 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스와 첫 진료일 방문(들)의 이유 병원에서 하룻밤을 지내셨습 만일 '예' 이면, 들어간 일자(응급실에서 진료를 받으셨습	마지막 진료일 '니까? [ 들): '니까? [ 일자(들):	클리 (	닉/병원 전화번호 )  시	호 주 다음 예약일		

지난 12 개월 동안 별도의 클리닉들 또는 병원들에서 진료를 받으셨으면, 8 페이지를 완성하십시오.

	9. 지난 12 개월 동안 귀하가 이미 열거하신 클리닉(들) 또는 병원(들) 외의 다른 어떤 의사에게 진료를 받으신 적이 있습니까? □ 예 □ 아니오									
	만일 '아니오'이면, 10번으로 가십시오. 만일 '예'이면, 다음에 대해 자세하게 답변하시고, 만일 한 명 이상의 의사에게 진료를 받았으면, 모든 추가적인 정보를 위해 8 페이지를 완성하십시오.									
의사(들)의 성명										
환자/클리닉 또는 멤버	번호			의사의 전화번호						
클리닉/병원의 주소(반	]지, 거리,	스위트)		시	주	우편번호				
첫 진료일		- Г	-지막 진료일		다음 예약일					
방문(들)의 이유					1					
받으신 <b>모든</b> 의약	품들을 약	멸거하 <b>십</b>	]시오:							
받으신 <b>모든</b> 치료됨	들과 치효	로일자들	를 열거하십시오	2:						
10. 지난 12 개월간 다 '아니오' 에 체크하 일자만 열거하십시	십시오.				]시오. 각각의 검사 옆 <b>이미 기록하셨으면,</b> !					
받으신 검사	예	아니오	검사	사가 완료된 사무실, 병원의 이름 및		일자 (월/연도)				
N-1-			성명							
심전도 (EKG)			주소(번지, 거리	·	A -2.23 -		☐ MC 220 Signed			
			시	주 	우편번호					
트레드밀			성명 주소(번지, 거리	] 소이트\			☐ MC 220			
((운동 심박테스트))			시	1, 느ㄲ <i>二)</i>  주	우편번호		Signed			
			성명							
가슴 X 선 촬영			주소(번지, 거리	나, 스위트)			☐ MC 220			
			시	주	우편번호		Signed			
			성명							
호흡검사 (PFT)			주소(번지, 거리	기, 스위트)			☐ MC 220 Signed			
` ,			시	주	우편번호		Olgrica			
			성명							
혈액검사들			주소(번지, 거리				☐ MC 220 Signed			
			시	주	우편번호					
			성명							

주

우편번호

주소(번지, 거리, 스위트)

**기타** (자세히 설명하십시오.) ☐ MC 220

Signed

11. 지난 12 개월 동안 다른 어떤 의학적인 치료 또는 검사를 받으	신 적이 있습니까? □ 예 □ 아니오	County Use Only
만일 <b>'아니오'</b> 이면, <b>12</b> 번으로 가십시오 .		
만일 '예' 이면, 8 페이지를 완성하십시오.  12. 귀하의 질병 또는 부상과 관련한 정보와 그것이 귀하의 일상활		
제한하고 있는지를 알기 위해서 저희가 연락해도 되는 다른 시		
카운셀러, 변호사, 물리치료사 등) 이 있습니까?	┛ 아니오	
만일 '예'이면, 아래에 열거하십시오: 		
성명		
주소(번지, 거리, 스위트)		
 전화번호	귀하와의 관계	
( )	गुज्या स्था	
성명		]
 주소(번지, 거리, 스위트)		
전화번호 ( )	귀하와의 관계	
성명		1
 주소(번지, 거리, 스위트)		-
[ 조(현작, 기다, 프뉴트)		
 전화번호 	귀하와의 관계	
( ) 13. 귀하의 건강상의 문제(들)를 평가하는데 도움을 주기 위해 추기	<u> </u>  -  -  -  -  -  - 	
요청받으실 수도 있습니다.(이들 검사들은 무료로 제공됩니다.		
만일 필요하다면 추가적인 신체검사를 기꺼이 받으러 가시겠습	당니까? □ 예 □ 아니오	
파트 Ⅲ—사회적 및 교육적 기	 정보	1
14. 귀하의 일상활동들을 기술하시고 귀하의 건강상태가 얼마나 귀하의	활동들을 제한하는지 말씀해 주십시오.	]
		]
		-
		-
15. 귀하의 교육배경을 기술하십시오.		<u> </u>
a. 귀하가 학교에서 수료한 가장 높은 학년에 체크하십시오:		
<b>□</b> 1 <b>□</b> 2 <b>□</b> 3 <b>□</b> 4 <b>□</b> 5 <b>□</b> 6 <b>□</b> 7 <b>□</b> 8 <b>□</b> 9	□10 □11 □12 또는	
☐ GED (12 학년 수료와 동등함) ☐12+		
b. 언제 수료하셨습니까? 월/연도:		
c. 특별 교육과정을 택하셨습니까? □ 예 □ 아니오		
16. 지난 15 년간 30일 이상 어떠한 종류의 일을 하신 적이 있습니? 일도 포함됨.)	까? (여기에는 다른 나라에서 한	
□ 예 □ 아니오		
만일 '아니오' 이면, 파트 IV 를 건너뛰고, 7 페이지의 파트 V 로 만일 '예' 이면, 5 페이지의 파트 IV, 17 번부터 시작해서 답변하		
	H .— ·	I

MC 223 (Korean) (10/09) 8페이지 중 4

a.	직책	비지니스 형	태								
		주당 근무시	 간			급여	백			시간/취	주/월
	부터: 까지:										
	<b>근무에 대한 기술(</b> 이것이 내가 했던	일과 했던 방식	임)								
	이들이 내가 사용했던 툴들, 기계들	및 장비입니다:									
	내가 이 일을 배우기 위해 걸린 시간	. <u>o</u> .		0	] 또는	=					개-
	나는 보고서를 작성, 완성하였고, 또		등 음				다:		ᆀ [	 <b></b> 아	
	나는 감독하는 책임들을 가졌습니다			 <b>]</b> 아ા		. н т			"		- 1 -
	신체 활동			<u> </u>	(하니	 }에 동	·그라	기 하십	시오)		
	나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동인	: 걷습니다:	0	1	2	3	4	5	6	7	- 8
	나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동인	: 서있습니다:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안	앉아 있습니다:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	나는 보통의 근무일 하루에 이 정도의 높은 곳에 올라갑니다: 〔	┛전혀 없음		대때로	1	□ 자	·주		항상		
	나는 보통의 근무일 하루에 이 정도를 굽힙니다:	┛전혀 없음	<b></b> τ	때때호	<u>.</u>	미지	주		항상		
	내가 들어올린 가장 무거운 무게:		10 lbs	; <b></b>	20 II	bs [	<b>1</b> 50	lbs	<b>1</b>	00 lb	s °
	나는 가끔 다음까지 들어올리거나/운	·반합니다: 🔲 ′	10 lbs	s 🗖	20 II	bs [	<b>1</b> 50	lbs	<b>1</b>	00 lb	s °
	귀하가 이 일을 했을 때 현재의 건강성	상의 문제(들)가	있었	습니	까? [	<b>]</b> 예		아니의	2		
	만일 '아니오'이고, 다른 직장이 없었	<mark>었으면 7</mark> 페이지	]의 꼬	라트 <b>\</b>	/로	가서	서명	하십기	익오.		
	만일 '아니오'이지만, 다른 직장이 있	∫었으면 다음 ⋾	테이기	시의 1	17b 3	로 가	십시	오.			
	만일 '예'이면, 다음의 정보를 완성히	십시오.									
	건강상의 문제(들)의 명칭:										
	귀하의 고용주가 특별한 조치들(여분취해 주어서 일을 계속할 수 있었습만일 '예'이면, 취해진 특별한 조치들	니까?						경 등 아니ડ		·은)을	<u>)</u>
	건강상의 문제(들)로 인해 일을 중단	해야 했습니까	?			<b>교</b> 예		아니의	2		
	만일 '예'이면, 언제였습니까?			일				년도			

	파트  \	<b>/—</b> 근무경	력								
17. b.	직책	비지니스 형	태								
	근무일자(월/연도)	주당 근무시	간			급여	액		j	시간/주	-/월당
	부터: 까지:	3 - 20 - 20 - 20 - 20									
	<b>근무에 대한 기술(</b> 이것이 내가 했던 일고	가 했던 방식 	임)								
	이들이 내가 사용했던 툴들, 기계들 및 7	사비이기가다.									
	1년 1 레기 역 6 씨년 일본, 기계된 옷	о ~ I <u>В</u> - I - I .									
	내가 이 일을 배우기 위해 걸린 시간은:			잍	<u></u> 또는	=					개월.
	나는 보고서를 작성, 완성하였고, 또는 -	 유사한 임무	들을	수행	하였	습니	다:			<b>그</b> 아 ા	<b>니오</b>
	나는 감독하는 책임들을 가졌습니다:	<b>교</b> 예		<b>)</b> 아 ા	오						
	신체 활동										
					(하나	에 동	그라며	하십	시오)		
	나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 건물	습니다:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 서	있습니다:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 앉아	아 있습니다:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	나는 보통의 근무일 하루에 이 정도의 높은 곳에 올라갑니다:	□ 전혀 없	음	τ	대때로	1	□ 자	·주		항상	
	나는 보통의 근무일 하루에 이 정도를 굽힙니다:	□ 전혀 없	(음	_ T	때때를	Ē.	<b>그</b> 지	·주		항상	
	내가 들어올린 가장 무거운 무게:		10 lbs		20 lb	s [	<b>3</b> 50	lbs	<b>1</b>	00 lb:	s 이상
	나는 가끔 다음까지 들어올리거나/운반학	합니다: 🔲	10 lbs		20 lb	s [	<b>3</b> 50	lbs	<b>1</b>	00 lb:	s 이상
	귀하가 이 일을 했을 때 현재의 건강상의	문제(들)가	있었	습니	까? [	<b>]</b> 예		아니스	2		
	만일 '아니오'이고, 다른 직장이 없었으	면 7 페이지	]의 교	토 \	/ 로 /	가서 .	서명	하십시	]오.		
	만일 '아니오'이지만 다른 직업이 있었다던	면, 귀하의 키	<b>-</b> 운티	담당	직원여	에게	추가	서류	를 요?	청하십	날시오.
	만일 '예'이면, 다음의 정보를 완성하십	시오.									
	건강상의 문제(들)의 명칭:										
	기의 시 그 0 조가 돈배된 그 되도/시법 시	중지 돈번	- - 위 기.	บ) 2	< -1 c	<u>л п с</u>	ol Hi	커드	¬l ¬l.	0 1 0	,
	귀하의 고용주가 특별한 조치들(여분의 취해 주어서 일을 계속할 수 있었습니까		안 상	미, ㅋ				경 등 아니		근)글	
	만일 '예'이면, 취해진 특별한 조치들에		호하십	시오		_ "		, ,-	_		
	건강상의 문제(들)로 인해 일을 중단해여	갸 했습니까	?		Ţ	<b>]</b> 예		아니스	2		
	만일 '예'이면, 언제였습니까? 월			일			ģ	도			
	<b>지난 15 년간 30</b> 일 이상 <b>어떠한</b> 다른 일										
	만일 '아니오'이면, <b>7</b> 페이지의 파트 <b>V</b> 로 담당직원에게 작성해야 하는 추가 서류				만일'	예'ଂ	면, -	귀하의	의 카급	운티	

County Use Only

MC 223 (Korean) (10/09) 8페이지 중 6

## 파트 V-서명 및 인증

본인은 이 보충적 사실 진술서면에 포함된 정보가 진실되고 정확한 것임을 미국 연방 및 California 주법률들에서의 위증에 대한 책임하에 진술합니다.

신청자의 서명	일자
<b>&gt;</b>	
증인의 서명(만일 신청자가 마크를 하고 서명했다면)	일자
<b>&gt;</b>	
양식을 작성하는데 신청자를 도와준 사람의 서명	일자
<b>&gt;</b>	

귀하가 열거한 각 클리닉, 병원 및 검사기관과, 클리닉 또는 병원 밖에서 진료를 받은 각의사에 대한 정보공개의 허락을 위해서 서명을 하실 필요가 있을 것입니다. 귀하의 카운티 담당직원이 귀하가 서명하실 때에 필요한 추가적인 양식들을 제공할 것입니다.

MC 223 (Korean) (10/09) 8페이지 중 **7** 

2 페이지의 8 번 질문, 3 오. 공간이 더 필요하시!					County Use Only
지난 12 개월 동안 진료					
클리닉/병원의 이름				н т	☐ MC 220 Signed
 환자/클리닉 또는 멤버 빈	 ]호	클리닉/병원 전회	 화번호		
		( )			
진료받은 의사(들)의 이름	2.				
클리닉/병원의 주소(번지	], 거리, 스위트)	시	주	우편번호	
첫 진료일	마지막 진료일	]	다음 예약일		
방문(들)의 이유					
병원에서 하룻밤을		□예 □아니			
<u>만일 '예' 이면, 들어</u>			나온 일자(딑	壹):	
응급실에서 진료를		□ 예 □ 아니	오		
만일 '예' 이면, 진료					
받으신 <b>모든</b> 의약품	들을 열거하십시오:				
 받으신 <b>모든</b> 치료들	과 치료일자를 열거하~	십시오:			
귀하가 이미 열거한 클리	]닉(들) 또는 병원(들) 붜	낙에서 진료를 받은 ¢	어떠한 별도의 의사	라도 열거하십시오:	
의사(들)의 성명					☐ MC 220 Signed
환자/클리닉 또는 멤버 빈	<u>]</u> 호	의사의 전화번호	-		
진료받은 의사(들)의 이름	1	1, ,			
 클리닉/병원의 주소(번지	], 거리, 스위트)	٨]	주	우편번호	
첫 진료일	마지막 진료일	]	다음 예약일		
방문(들)의 이유					
받으신 <b>모든</b> 의약품	들을 열거하십시오:				
받으신 <b>모든</b> 치료들	과 치료일자를 열거하~	십시오:			
 귀하가 지난 <b>12</b> 개월간	 받은 어떠한 추가적인	 검사들이라도 열거i	 하십시오:		
받으신 검사		반료된 사무실, 클리닉 병원의 이름 및 주소	또는	일자 (월/연도)	☐ MC 220 Signed
	성명			(	Signed
	주소(번지, 거리, 스위트)				
	시	 주	우편번호		
	성명				☐ MC 220
	주소(번지, 거리, 스위트)				Signed
	۸ ا	주	우편번호		