개인 정보

성명: _____

생년월일: _____ 신장: _____ 체중: _____

자택 전화: _____ 휴대전화: _____

부모/보호자 이름: _____

전화: _____

건강 보험사: _____

ID 번호: _____ 그룹 번호: _____

주 사용 언어 또는 소통 방식: _____

비상 연락처

이름: _____

관계: _____ 전화: _____

이름: _____

관계: _____ 전화: _____

이름: _____

관계: _____ 전화: _____

이름: _____

관계: _____ 전화: _____

특별 지시 사항

특별 안전 지시사항, 위기 대처법 또는 핫라인 전화번호:

_____

_____

_____

특수한 건강 상태, 치료 시 유의사항, 특이사항, 필요한 의료 장비 또는 내구성 장비(종류 및 크기):

_____

_____

_____

진단명

주요 진단: _____

_____

기타 진단명 또는 주요 부상: _____

_____

특수한 건강 상태/참고사항: _____

_____

알레르기(약, 식품, 환경, 접촉성 등을 포함. 증상을 설명하십시오.): _____

_____

_____

담당 의사

주치의 이름: _____

주소: _____

_____ 전화: _____

주치 병원: _____

약국 이름: _____

주소: _____

_____ 전화: _____

전문 병원: _____

담당 의사

기타 의료 서비스 제공자(예: 전문의, 치과의, 치료사 등)

제공자 이름: _____

유형: _____ 전화: _____

제공자 이름: _____

유형: _____ 전화: _____

제공자 이름: _____

유형: _____ 전화: _____

약물

약물명	투여량	빈도

기타

추가 정보: _____

정보 공유

주치의와 함께 귀하의 의료 정보를 의논할 수 있는 가족, 보호자 등. (18세 이상은 담당 의사가 준 HIPAA 개인정보 서식에 기재하십시오.)

이름: _____

관계: _____ 전화: _____

이름: _____

관계: _____ 전화: _____

이름: _____

관계: _____ 전화: _____

건강정보 서류 (H.I. Doc)

H.I. Doc

카드를 최신 상태로 유지하십시오. 신규 카드를 발급받으려면 NYS Department of Health 웹사이트 (health.ny.gov/community/special_needs/#)를 방문하십시오.

이 카드는 장애 아동의 부모와 장애인이 당사자의 건강 및 의료 정보를 정리할 수 있도록 제작되었습니다.

19515 (Korean) 10/21