

**METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER 감리교 리차드슨 종합병원**

지시사항 Instructions:

달라스 카운티와 북 텍사스 지역 Susan G. Komen (수잔 코멘) 재단, Cancer Prevention & Research Institute of Texas 로 부터의 지원금과 이 지역사회 봉사에 대한 일환으로 저희 감리교 리차드슨 종합 병원 여성 건강 센터에서는 경제적이거나 의료적으로 어려움 있고 일정한 자격조건을 갖춘 분들에게 도움을 주고자 합니다. As part of the grant funded by the Dallas County and North Texas Affiliates of the Susan G. Komen for the Cure, Cancer Prevention & Research Institute of Texas, and our commitment to serve the community, Methodist Richardson Medical Center, Center for Women's Health elects to provide financial assistance to individuals who are financially indigent or medically indigent and satisfy certain requirements.

무료 유방암 검사를 받을 수 있는 자격을 알기 위해서 이 신청용지에 있는 정보가 필요합니다. 이 신청용지 내용에 모두 답하신 후에 아래의 주소로 우편으로 부치거나 신청 담당자에게 제출 하십시오. To determine if a person qualifies for a free mammogram screening, we need to obtain certain information as outlined within this application. Please complete the application in full and return the completed form to the Registration Representative or mail completed form to the following address:

Methodist Richardson Medical Center  
 403 W. Campbell Rd, Suite 205  
 Richardson, TX 75080  
 Attn: Center for Women's Health/ABHOP

신청 접수 후 확인 및 허가 절차가 끝나면 본인들에게 검사일정을 알려드리겠습니다. 질문사항은 다음 전화번호로 연락하십시오: (972) 498-8601  
 Upon receipt, verification, and approval of this application, you will be notified of your appointment time.  
 If you have questions, please call (972) 498-8601.

영어로 기재 하시기 바랍니다. Please answer the following questions in English:

성 Last Name \_\_\_\_\_ 이름 First Name \_\_\_\_\_

국적 Nationality \_\_\_\_\_ 일상 사용 언어 primary language spoken \_\_\_\_\_

같이 살고 있는 총 가족수(본인을 포함해서) total number of people living in your household \_\_\_\_\_

가족 총 수입 total household income \_\_\_\_\_  
 주급 per week       월급 per month       연봉 per year

영주권자 입니까?  예 Yes  아니요 No (신청인은 반드시 달라스, 콜린, 덴튼 또는 태런트 카운티에 거주 해야 합니다.)  
 Are you a permanent resident? (Must live in Dallas, Collin, Denton or Tarrant County)

의료보험이 있습니까?  예 Yes  아니요 No 만약 보험이 있으면, 보험 카드를 양면 복사 하여 신청서에 첨부 하십시오.  
 Do you have Health Insurance? If yes, please mail a copy of card (front and back) with this application form

메디케어/ 파트 B Medicare/Part B? 메디케어/ 파트 B 를 갖고 있습니까? Do you have Medicare/Part B?  예 Yes  아니요 No

메디케이드 Medicaid? 메디케이드를 갖고 있습니까? Do you have Medicaid?  예 Yes  아니요 No

**아래의 조건들을 반드시 갖추어야 무료 유방 X-선 검사를 받을 수 있습니다.**

- 40 세 이상의 동양인 여자
- 달라스, 콜린, 덴튼 또는 태런트 카운티 거주자
- 유방안에 덩어리, 용기, 또는 다른 이상이 없는 사람
- 과거 유방에 문제가 있었던 사람들은 다음 조건들에 맞아야 합니다
  - 유방 생체조직 검사 1 년이상 지나야 한다
  - 유방 종양 절제술후 2 년이상 지나고 치료가 끝난 다음 의사로 부터 정기검진할 수 있다는 허락을 받아야 한다



**METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER**  
 403 West Campbell Rd. Suite #205 Richardson, TX 75080  
 Tel: (972) 498-8601 Fax: (972)-498-8634

**P A T I E N T P R E - R E G I S T R A T I O N F O R M**

영어로 기재하시기 바랍니다. (Fill in English)

**자료: Applicant's information**

성 LAST NAME \_\_\_\_\_ 이름 FIRST NAME \_\_\_\_\_ 나이 AGE \_\_\_\_\_

생년월일 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 혼인상황 \_\_\_\_\_ 출생지 \_\_\_\_\_ 인종 \_\_\_\_\_  
DATE OF BIRTH (달 MONTH/일 DAY/년 YEAR) MARITAL STATUS BIRTHPLACE RACE

집주소 HOME ADDRESS \_\_\_\_\_ 아파트 번호 APARTMENT NUMBER \_\_\_\_\_

시 CITY \_\_\_\_\_ 주 STATE \_\_\_\_\_ 지역번호 ZIP \_\_\_\_\_

집 전화 HOMEPHONE(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 휴대전화 CELLPHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 직장전화 WORKPHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

직장이름 EMPLOYER'S NAME \_\_\_\_\_

주소 ADDRESS \_\_\_\_\_ 시 CITY \_\_\_\_\_ 주 STATE \_\_\_\_\_ 지역번호 ZIP \_\_\_\_\_

소셜 시큐리티 번호 SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_ 직업 OCCUPATION \_\_\_\_\_

**배우자 자료: Spouse Information**

배우자 성명 SPOUSE NAME \_\_\_\_\_ 소셜 시큐리티 번호 SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_

생년월일 DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 직업 CCUPATION \_\_\_\_\_  
(달 MONTH/일 DAY/년 YEAR)

직장 이름 EMPLOYER'S NAME \_\_\_\_\_ 직장 전화 work PHONE(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

주소 ADDRESS \_\_\_\_\_

비상시 연락해야 할 사람? IIN CASE OF EMERGENCY NOTIFY \_\_\_\_\_ 본인과의 관계 RELATIONSHIP \_\_\_\_\_

주소 ADDRESS \_\_\_\_\_ 휴대 전화 번호 CELL PHONE/CONTACT NUMBER (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

주치의 PRIMARY CARE PHYSICIAN \_\_\_\_\_ 전화 PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

주소 ADDRESS \_\_\_\_\_

본인의 검사 결과를 알리고 싶은 사람들과 그들의 집 전화 번호를 기입해 주십시오. 이들 중에 최소한 한사람은 본인을 대변하여 영어를 할 수 있어야 합니다.

Please list all persons and home numbers whom you would like us to share your results with. Please make sure at least one of them can speak English on your behalf.

배우자 SPOUSE       자녀 CHILDREN       다른 친척 (형제자매) OTHER FAMILY MEMBER (BROTHER, SISTER, AUNT, UNCLE)

그외 (예, 친구) OTHER (FRIEND) \_\_\_\_\_ 전화 PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

본인은 감리교 리차드슨 종합병원측에서 이 신청서에 기입된 재정에 관한 정보를 신청서 평가를 위해 확인한다는 사실을 인지하고 병원측에서 본인의 직장을 접촉하여 기재된 정보를 확인하고 신용 확인 회사에 조사 보고서를 의뢰 할 것을 허락합니다. 본인은 이러한 정보들이 재정상 후원이 필요한지를 결정하는데 쓰인다는 것과 병원측에서 정보 갱신을 위해 언제든지 정보 제공 기관들을 접촉 할 수 있다는 것을 이해합니다. 또한 이 신청서에 위조된 정보를 기재 할 경우 재정후원이 거부됨을 이해합니다.

I understand Methodist Richardson Medical Center may verify the financial information contained in this application in connection with Hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information is used to determine my eligibility for financial assistance and that the hospital may contact these sources to update this information at any time. I am aware that the falsification of information on this Application will result in denial of financial assistance.

(혹은 대리인) 서명 Patient (or Responsible Party) Signature \_\_\_\_\_ 날짜 Date \_\_\_\_\_

유방 방사선 촬영 환자 질문 사항 MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE  
모든 응답내용은 비밀입니다. 예 또는 아니요에 동그라미하시고 모든 질문에 응답하십시오  
All replies are confidential. Please circle YES or NO and answer ALL questions.

날짜 TODAY'S DATE:

PATIENT IDENTIFIER NUMBER:

성 LAST NAME	이름 FIRST NAME	생년월일 DATE OF BIRTH	나이 YOUR AGE
주소(항상 우편 연락이 가능한 주소) ADDRESS (Please list an address where mail will always reach you) CITY, STATE, ZIP			
전화 (의사가 언제나 연락을 할 수 있는 번호) PHONE: (Please list a number where the doctor can always reach you)			
집 Home:	휴대전화 Cell:	직장 Work:	
주치의 PRIMARY REFERRING PHYSICIAN:	전화 PHONE:	의사 2 <sup>ND</sup> REFERRING PHYSICIAN:	전화 PHONE:

동그라미 하시오 Circle one

예 YES    아니요 NO    유방 방사선 검사나 유방 초음파 검사를 한적이 있습니까?    있다면 언제쯤?    어디에서?    Where and at which facility: \_\_\_\_\_  
 Have you had a mammogram or breast ultrasound before?    If YES, when (approximate date)?  
 검사한 곳에 필름이 보관되어 있습니까? Are your films still there?    예 YES    아니요 NO  
 가장 최근에 의사에게 유방검사를 받은것은 언제였나요? Last breast exam by physician was \_\_\_\_\_

예 YES    아니요 NO    지난 유방 방사선 검사후 유방에 새로운 혹이 생겼습니까?    생겼다면 언제 발견 했습니까?    어느쪽입니까?    오른쪽    왼쪽    양쪽  
 Since your last mammogram, are there any new lumps in your breasts? If YES when was it first noted: \_\_\_\_\_    If YES, in which breast:    Right    Left    Both  
 주치의가 혹에 대해서 알고 있습니까? Is your physician aware of the lump(s)?    예 YES    아니요 NO

예 YES    아니요 NO    어떤 불편함이나 통증이 있습니까?    그렇다면 어느쪽 유방입니까?    오른쪽    왼쪽    양쪽  
 Any discomfort, pain or soreness?    If YES, in which breasts:    Right    Left    Both  
 새로 생긴 증상입니까? Is this a new problem?    예 YES    아니요 NO    통증이 생긴지가 얼마나 되었습니까? How long have you had this pain?

예 YES    아니요 NO    유두가 오무라 들거나 뒤집어진 쪽이 있습니까?    있다면 어느쪽 유방입니까?    오른쪽    왼쪽    양쪽    항상 오무라든 상태였나요?    예    아니요  
 Is either nipple retracted/ inverted?    If YES, in which breast:    Right    Left    Both    Has it always been retracted?    YES    NO  
 유두가 갈라져서 아릅니까? Any crusting sores at the nipple(s)?    오른쪽 Right    왼쪽 Left    양쪽 Both

예 YES    아니요 NO    유두에서 분비물이 나오니까?    그렇다면 어느쪽 유두입니까?    오른쪽    왼쪽    양쪽  
 Any discharge from the nipples?    If YES, in which breast:    Right    Left    Both  
 항상 분비물이 나왔나요?    예    아니요    옷에 묻어 있나요?    예    아니요    분비물에 피가 섞여 있나요?    예    아니요  
 Have you always had this discharge?    YES    NO    Do you see it in your clothing?    YES    NO    Has the discharge ever been bloody?    YES    NO

예 YES    아니요 NO    유방암을 앓은적이 있습니까?    있다면 어느쪽 유방입니까?    오른쪽    왼쪽    양쪽    몇년도에 암판정을 받았습니까?  
 Have you had a breast cancer?    If YES, in which breast?    Right    Left    Both    What year was CA diagnosed \_\_\_\_\_  
 방사선 치료를 받았나요?    예    아니요    유방절제 수술을 받았나요?    예    아니요    언제 치료를 끝냈습니까?  
 Did you have Radiation?    YES    NO    Mastectomy?    YES    NO    When did you complete treatment? \_\_\_\_\_

예 YES    아니요 NO    전에 유방수술이나, 조직검사 혹은 주사기로 조직 채취를 한적이 있나요?    날짜 (대략)    Approximate date (s): \_\_\_\_\_  
 Have you had previous breast surgery, biopsy or a needle aspiration?    Approximate date (s):  
 그렇다면 어느쪽 유방입니까?    오른쪽    왼쪽    양쪽    어떤 증세들이 있습니까?  
 If YES, in which breast:    Right    Left    Both    What symptoms do you have? \_\_\_\_\_

예 YES    아니요 NO    유방 임플란트나 확대 수술을 한 적이 있습니까?    언제?    When? \_\_\_\_\_  
 Do you have breast implants now or have you had any augmentations in the past?    When? \_\_\_\_\_

예 YES    아니요 NO    가족중에 유방암 환자가 있습니까?    갱년기 전이었습니까?    예    아니요 (아니면 몇살때?)  
 Any family history of breast cancer?    Did it occur before menopause?    YES    NO    (or about what age?) \_\_\_\_\_  
 가족중 누구입니까? In which relative(s)?    어머니 Mother    자매 Sister    딸 Daughter    그외 Other \_\_\_\_\_

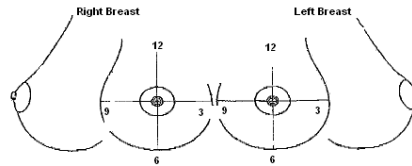
예 YES    아니요 NO    여성 호르몬제를 복용 합니까 (동그라미 하시오) :Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, 피임약?  
 Do you take female hormones? (Please circle) Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, or birth-control pills?  
 복용한다면 얼마동안?    최근에 복용량을 줄이거나 늘렸습니까? (동그라미 하시오):    늘임    줄임  
 If YES, for how long?    Recent increase or decrease (please circle) in the dosage?    increase    decrease

예 YES    아니요 NO    현재 임신중입니까? Are you pregnant at this time?

몇번 임신했습니까?    자녀중에 한달이상 모유를 먹인 적이 있습니까?    예    아니요  
 Number of Pregnancies? \_\_\_\_\_    Did you breast feed any of your children for longer than one month?    YES    NO  
 몇살에 첫번째 임신을 했습니까?    아직도 생리를 합니까?    예    아니요    한다면, 지난번 생리는 언제?  
 At what age was your first pregnancy? \_\_\_\_\_    Do you still have menstrual periods?    YES    NO    If YES, when was your last one? \_\_\_\_\_

TECHNOLOGIST: \_\_\_\_\_

COMMENTS: \_\_\_\_\_



본인은 본인에 대한 과거의 유방 방사선 검사 필름과 다른 보고서들 (병리보고서를 포함) 을 감리교 리차드슨 종합병원 여성건강센터에 공개할 것을 허락 합니다 .  
I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PREVIOUS MAMMOGRAM FILMS AND OTHER REPORTS (INCLUDING PATHOLOGY REPORTS) TO METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER/ CENTER FOR WOMEN'S HEALTH.

환자 또는 대리인 서명 SIGNATURE OF PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO CONSENT FOR PATIENT

날짜 DATE