



2026

등록 신청서

서비스 제공

LOS ANGELES - ORANGE - RIVERSIDE
SAN BERNARDINO - SAN DIEGO
SANTA CLARA

JANUARY 1, 2026 – DECEMBER 31, 2026

astivahealth.com

2026 개인 가입 신청서 - 메디케어 어드밴티지 플랜 (파트 C) 가입용

이 양식을 누가 사용할 수 있나요?

메디케어 수혜자이며 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입을 원하시는분

플랜에 가입하려면;

- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주해야 합니다.
- 플랜의 서비스 지역 내에 거주해야 합니다.

중요: 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 다음 두 가지를 모두 가지고 있어야 합니다.

- 메디케어 파트 A (병원 보험)
- 메디케어 파트 B (의료 보험)

이 양식을 언제 사용하나요?

플랜 가입은 다음과 같은 경우 가능합니다:

- 매년 10월 15일 ~ 12월 7일 (다음 해 1월 1일부터 보장 시작)
- 처음 메디케어를 받기 시작한 날로부터 3개월 이내
- 보험에 가입 또는 변경이 허용된 특별한 상황

더 자세한 가입 시기는 Medicare.gov에서 확인할 수 있습니다.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요한가요?

- 메디케어 번호 (빨강, 흰색, 파랑 메디케어 카드에 표시된 번호)
- 영구 주소 및 전화번호

참고: 제1항의 모든 항목은 반드시 작성해야 합니다. 제2항은 선택 사항이며, 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지 않습니다.

알아두세요:

- 가을 공개 등록 기간(10월 15일 ~ 12월 7일)에 플랜 가입을 원할 경우, 12월 7일까지 플랜에서 작성 완료된 신청서를 접수해야 합니다. 플랜은 월 보험료 청구서를 발송합니다. 은행 계좌 자동 이체 또는 사회보장국(또는 철도퇴직위원회) 월별 수당에서 자동 공제를 선택할 수 있습니다.

다음 단계는?

작성하고 서명한 양식을 아래로 제출하세요:

Astiva Health
765 the City Drive South #200
Orange, CA 92868
이메일:enrollment@astivahealth.com
가입 신청이 처리되면 연락 드립니다.

이 양식 작성에 도움이 필요하신가요?

Astiva Health: 1-866-688-9021 (TTY 711)
Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),
TTY: 1-877-486-2048

스페인어: Astiva Health 1-866-688-9021/711 또는 Medicare 1-800-633-4227로 전화 후 “2”번을 눌러 스페인어 지원을 받으실 수 있습니다.

노숙 상태인 개인

플랜에 가입을 원하지만 영구 거주지가 없는 경우, 우체국 사서함 주소, 쉼터 또는 진료소 주소, 또는 우편물을 받는 주소(예: 사회보장 수표 수령지)를 영구 거주지 주소로 간주할 수 있습니다.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-NEW. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANT: Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See "What happens next?" on this page to send your completed form to the plan.

보험 판매 예약 약속 확인 양식

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services)는 에이전트가 대면 영업 미팅 전에 마케팅 약속의 범위를 문서화하도록 요구합니다. 이는 에이전트와 메디케어 수혜자(또는 그 법적 대리인) 간에 논의될 내용을 정확히 이해하기 위함입니다.

아래 해당 플랜 유형 옆 상자에 이니셜을 기재하여 에이전트가 논의하기를 원하는 플랜을 표시해 주세요.

☐ **Medicare Health Maintenance Organization(HMO)**
메디케어 어드밴티지 플랜으로, 모든 오리지널 메디케어 파트 A 및 파트 B 건강 보험과 파트 D 처방약 보험을 제공합니다. 대부분의 HMO에서는 플랜 네트워크 내의 의사나 병원에서만 진료를 받을 수 있습니다(응급 상황 제외).

☐ **메디케어 만성 특수 필요 플랜(C-SNP)**
특수 건강 관리 필요가 있는 사람들을 위해 설계된 혜택 패키지를 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 예를 들어 특정 만성 질환을 가진 사람들이 해당됩니다

본 양식에 서명함으로써, 위에서 이니셜을 기재한 제품 유형을 논의하기 위해 영업 에이전트와의 미팅에 동의하는 것입니다. 제품을 논의하는 사람은 메디케어 플랜에 고용되었거나 계약을 맺은 사람이며, 연방 정부에서 직접 근무하지 않습니다. 이 개인은 귀하의 플랜 가입 여부에 따라 보수를 받을 수도 있습니다.

본 양식에 서명한다고 해서 현재 가입 상태에 영향을 주거나 메디케어 어드밴티지 플랜, 처방약 플랜, 기타 메디케어 플랜에 자동으로 가입되는 것은 아닙니다.

수혜자 또는 법적 대리인 서명 및 날짜:

서명:	서명 날짜:
-----	--------

법적 대리인인 경우, 위에 서명 후 아래에 가입하세요:

대리인 이름:	수혜자와의 관계:
---------	-----------

에이전트 작성란:

에이전트 이름:	에이전트 전화번호:
수혜자 이름:	
수혜자 주소:	
최초 연락 방법:	
에이전트 서명:	날짜:



제1항 - 이 항목의 모든 칸은 필수 입력 사항입니다.

(선택 사항으로 표시되지 않은 경우)

가입을 원하는 플랜을 선택하세요:

서비스 제공 카운티: **로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에이고**

- ☐ 아스티바 헬스 세이빙스 플랜 (HMO) 001 / 월 \$0
- ☐ 아스티바 헬스 프리미어 플랜 (HMO) 015 / 월 \$0
- ☐ 아스티바 헬스C-SNP 딜럭스 플랜(HMO) 007 / \$0 per month
- ☐ 아스티바 헬스C-SNP 와우(HMO) 008 / \$4.40* per month
*귀하의 보험료는 Extra Help로 납부될 수 있습니다.

가입하고자 하는 플랜을 선택하세요:

서비스 제공 카운티: **산타 클라라**

- ☐ 아스티바 헬스 세이빙스 플랜 (HMO) 011 / 월 \$0
- ☐ 아스티바 헬스 프리미어 플랜 (HMO) 012 / 월 \$0
- ☐ 아스티바 헬스C-SNP 와우(HMO) 013 / \$12.00* per month
*귀하의 보험료는 Extra Help로 납부될 수 있습니다.

귀하의 개인 정보

이름	성:	[선택 사항: 중간 이니셜]:
생년월일: (월/일/연도):	성별: ☐ 남 ☐ 여	전화번호:

영구 거주지 주소:

(우편함 주소는 입력하지 마세요. 참고: 노숙 상태인 경우, 우편함 주소가 귀하의 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.)

도시:	[선택사항: 카운티]:	주:	우편번호:
-----	--------------	----	-------

영구 주소와 다른 경우, 우편 수신 주소 (우편함 주소 허용):

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

귀하의 메디케어 보험 정보

메디케어 번호:

_____ - _____ - _____

이 중요한 질문에 답변하세요

1. 아스티바 헬스 외에 다른 처방약 보험(VA, TRICARE 등)을 갖고 계십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

시작일: _____

종료일: _____

다른 보험 이름:

해당 보험의 회원 번호:

해당 보험의 그룹 번호:

2. 주 Medicaid 프로그램에 등록되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

“예”인 경우, Medicaid 번호를 기재해 주세요: _____

제2항 - 이 항목의 모든 칸은 선택 사항입니다

이 질문에 답하는 것은 선택 사항입니다. 작성하지 않았다고 해서 보험 가입이 거부되지 않습니다.

영어 이외의 언어로 정보를 받기 원하시면 하나를 선택하세요.

☐ 스페인어 ☐ 베트남어 ☐ 한국어 ☐ 중국어 기타: _____

정보를 접근 가능한 형식으로 받기 원하시면 하나를 선택하세요.

☐ 점자 ☐ 대형 인쇄 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

위에 나열된 형식 이외의 접근 가능한 형식으로 정보가 필요하시면, 아스티바 헬스(전화: 1-866-688-9021)로 연락해 주세요. 운영 시간: 10월 1일-3월 31일 월요일-일요일 오전 8시-오후 8시, 4월 1일 - 9월 30일 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시 TTY 사용자는 711로 전화할 수 있습니다.

직업이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

배우자는 직업이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

다음 자료를 이메일로 받고 싶으시면 하나 이상 선택하세요.

☐ 보장 증명서

☐ 처방약 목록

☐ 약국 명부

☐ 의료진 명부

문자 및 이메일 수신 동의

휴대전화 번호: (____) _____ - _____

제 번호를 제공함으로써, 저는 Astiva Health로부터 건강 혜택, 서비스 또는 기타 목적과 관련된 자동화된 문자 메시지 및/또는 기타 문자 메시지를 수신하는 데 동의합니다. 이러한 동의는 어떠한 서비스 제공의 조건이 아니며, 언제든지 Astiva Health에 전화하거나 수신한 메시지에 “중지(Stop)”라고 회신하여 수신을 거부할 수 있습니다.

이메일: _____

제 이메일 주소를 제공함으로써, 저는 Astiva Health의 안내문과 자료를 미국 우편이 아닌 전자 방식으로 받는 데 동의합니다. 여기에는 C파트 및 D파트 혜택 설명서(EOB), 연간 변경 안내(ANOC) 및 기타 자료가 포함될 수 있음을 이해합니다. 저는 언제든지 Astiva Health에 전화하여 다시 미국 우편으로 수신하도록 변경할 수 있습니다.

귀하의 주치의 정보		
주치의 이름:	주치의 성:	주치의 중간 이니셜:
진료 그룹/의료 그룹:		
주치의 ID 번호:	기존 환자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	
비상 연락처:	관계:	전화번호:

이 양식 작성을 가입자를 대신해 도와주는 개인	
이 양식을 작성하는 데 가입자를 도와주는 개인을 위한 섹션 (예: 에이전트, 브로커, SHIP 상담가, 가족 구성원, 또는 기타 제3자)	
가입자와의 관계: ☐ 에이전트/브로커 ☐ SHIP 상담가 ☐ 가족 구성원 ☐ 기타: _____	
이름:	서명:
에이전트/브로커인 경우, 아래 정보를 작성해 주세요:	
에이전시:	국가 등록 번호(National Producer Number, 에이전트/브로커 전용):
보험 적용 시작일:	☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ SEP (유형 가입): _____

중요 - 다음을 읽고 아래에 서명해 주십시오

저는 Astiva Health 플랜을 유지하기 위해 병원 보험(파트 A)과 의료 보험(파트 B)을 모두 유지해야 합니다.

이 Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써, 저는 Astiva Health가 제 정보를 Medicare와 공유할 수 있으며, Medicare는 이를 가입 내역 추적, 보험금 지급, 그리고 연방법에 의해 허용된 기타 목적으로 사용할 수 있음을 인정합니다 (아래 개인정보 보호법 안내문 참조). 이 양식에 대한 답변은 자발적입니다. 그러나 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

저는 동시에 하나의 MA(메디케어 어드밴티지) 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 가입하면 기존의 다른 MA 플랜 가입이 자동으로 종료됨을 이해합니다 (단, MA PFFS, MA MSA 플랜은 예외). 저는 Astiva Health 보장이 시작되면 모든 의료 및 처방약 혜택을 Astiva Health를 통해 받아야 함을 이해합니다. Astiva Health에서 제공하고 제 “보험 가입 증서(Evidence of Coverage)” 문서(회원 계약서 또는 가입자 계약서라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스는 보장됩니다. Medicare나 Astiva Health는 보장되지 않는 혜택이나 서비스 비용을 지불하지 않습니다.

이 가입 양식에 기재한 정보는 제가 아는 한 정확합니다. 만약 고의적으로 허위 정보를 기재할 경우, 플랜에서 탈퇴될 수 있음을 이해합니다.

아래 서명은, 이 가입 양식에 기재된 제공자 및/또는 제 주치의가 제 건강 정보를 공개하거나 의료 기록을 Astiva Health에 제공하는 것을 승인함을 의미합니다.

제 서명(또는 제 법적 대리인의 서명)은 제가 본 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미합니다.

대리인이 서명한 경우, 이 서명은

- 1) 해당인이 주법에 따라 이 가입 절차를 완료할 권한이 있음
- 2) 이 권한에 대한 문서는 메디케어 에서 요청시 제공 됩니다.

정보 공개에 대한 동의

아래 제 서명은, 이 가입 양식에 기재된 제공자 및/또는 제 주치의가 제 건강 정보를 공개하거나 의료 기록을 Astiva Health에 제공하는 것을 승인함을 의미합니다.

서명:

오늘 날짜:

승인된 대리인이 서명하는 경우, 아래 항목을 기입해 주세요:

이름:

주소:

전화번호:

가입자와의 관계:

Astiva Health Plan 001, 015 및 007, 011, 012 플랜에 월 보험료 \$0로 가입하는 경우:
 가입 지연으로 인한 벌금이 발생했거나 이미 지연 등록 벌금이 있는 경우, 해당 금액을 어떻게 납부할지 선택해야 합니다. 우편으로 납부할 수 있으며, 매월 사회보장국(Social Security) 또는 철도퇴직위원회(RRB) 혜택 수표에서 자동 공제하도록 선택할 수도 있습니다. Part D 소득 관련 월별 추가 부담금(Part D-IRMAA)이 부과되는 경우, 사회보장국으로부터 통지를 받게 됩니다. 이 추가 금액은 플랜 보험료와 별도로 본인이 직접 부담해야 하며, 사회보장 수표에서 공제되거나 Medicare 또는 RRB로부터 직접 청구됩니다. **Astiva Health에 Part D-IRMAA를 납부하지 마십시오.**

Astiva Health C-SNP WOW 008 또는 Astiva Health C-SNP WOW 013 플랜에 월 보험료가 있는 경우:
 현재 보유하거나 발생할 수 있는 지연 등록 벌금을 포함한 월 보험료를 우편으로 납부할 수 있습니다. 매월 사회보장국(Social Security) 또는 철도퇴직위원회(RRB) 혜택 수표에서 자동 공제하도록 선택할 수도 있습니다

Part D 소득 관련 월별 추가 부담금(Part D-IRMAA)이 부과되는 경우, 사회보장국으로부터 통지를 받게 됩니다. 이 추가 금액은 플랜 보험료와 별도로 본인이 직접 부담해야 하며, 사회보장 수표에서 공제되거나 Medicare 또는 RRB로부터 직접 청구됩니다. **Astiva Health에 Part D-IRMAA를 납부하지 마십시오.**

납부 방법을 선택하지 않으면 매월 청구서를 받게 됩니다.

보험료 납부 방법을 선택하세요:

- ☐ 청구서 받기
- ☐ 매월 사회보장국(Social Security) 또는 철도퇴직위원회(RRB) 혜택 수표에서 자동 공제

사회보장국 또는 RRB에서 자동 공제를 승인한 후 실제 공제가 시작되기까지 2개월 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우, 자동 공제가 승인되면 첫 번째 공제 시점에 가입 효력 발생일로부터 해당 시점까지의 미납 보험료가 함께 차감됩니다. 사회보장국 또는 RRB에서 자동 공제를 승인하지 않을 경우, 월 보험료에 대한 지불 청구서를 발송합니다

등록 기간 자격 진술서

일반적으로 Medicare Advantage(메디케어 어드밴티지) 플랜은 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 연례 등록 기간 동안에만 가입할 수 있습니다. 그러나 이 기간 외에도 가입을 허용하는 예외 사항이 있을 수 있습니다.

아래 진술문을 주의 깊게 읽고, 귀하에게 해당되는 경우 해당란에 표시해 주시기 바랍니다. 아래 항목 중 하나라도 표시함으로써 귀하는 본인의 지식에 근거하여 특별 등록 기간 자격이 있음을 증명하게 됩니다. 추후 이 정보가 사실과 다르다고 확인될 경우, 가입이 취소될 수 있습니다.

☐ 저는 메디케어 신규 가입자입니다

☐ 저는 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있으며, 메디케어 어드밴티지 오픈 등록 기간(MA OEP) 동안 변경을 원합니다.

☐ 저는 최근 현재 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사했거나, 최근 이사하여 이 플랜이 저에게 새로운 선택지가 되었습니다. 저는 (날짜 기재) 에 이사했거나 이사할 예정입니다.

월 일 년

☐ 저는 최근에 수감 생활을 마치고 석방되었습니다. 저는 (날짜 기재) 에 석방되었거나 석방될 예정입니다

월 일 년

☐ 저는 최근 해외에서 영구적으로 거주하다가 미국으로 돌아왔습니다. 저는 (날짜 기재) 에 미국으로 돌아왔거나 돌아올 예정입니다

월 일 년

☐ 저는 최근 미국에서 합법적 체류 자격을 얻었습니다. 저는 (날짜 기재) 에 이 자격을 얻었거나 얻을 예정입니다

월 일 년

☐ 저는 최근 메디케이드 자격에 변동이 있었습니다 (새로 메디케이드에 가입했거나, 메디케이드 지원 수준이 변경되었거나, 메디케이드 자격을 상실함). 이 변동은 (날짜 기재) 에 발생했습니다

월 일 년

☐ 최근에 메디케어 처방약 보험 지원(Extra Help)에 변화가 있었습니다(새로 지원을 받게 되었거나, 지원 수준이 변경되었거나, 지원을 받지 못하게 된 경우). 이 변화는 (날짜 입력) 에 발생했습니다

월 일 년

☐ 저는 장기 요양 시설(예: 요양원 또는 장기 요양 시설)로 이사하거나, 현재 거주 중이거나, 최근에 이사 나왔습니다. 이사는 (날짜 입력) 에 이루어졌거나 이루어질 예정입니다.

월 일 년

☐ 저는 최근에 PACE 프로그램을 종료했습니다. 프로그램을 종료한 날짜는 (날짜 입력) 입니다.

월 일 년

☐ 저는 최근에 의도치 않게 신뢰할 수 있는 처방약 보험(메디케어 수준 이상인 보험)을 잃었습니다. 처방약 보험을 잃은 날짜는 (날짜 입력) 입니다.

월 일 년

☐ 저는 직장 또는 노조 보험을 종료합니다. 종료 날짜는 (날짜 입력) 입니다.

월 일 년

등록 기간 자격 진술서 (계속)

☐ 저는 주 의약품 지원 프로그램(State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)에 참여 중이거나, 해당 프로그램의 지원을 잃게 되었습니다.			
☐ 제 플랜이 메디케어와의 계약을 종료하거나, 메디케어가 제 플랜과의 계약을 종료하고 있습니다.			
☐ 저는 메디케어(또는 주정부)가 제공한 플랜에 등록되어 있었으며, 다른 플랜을 선택하고 싶습니다. 해당 플랜에 등록한 날짜는 (날짜 입력) 입니다.	월	일	년
☐ 저는 특수 필요 플랜(Special Needs Plan, SNP)에 등록되어 있었지만, 해당 플랜에 가입하기 위해 필요한 특수 필요 자격을 잃었습니다. SNP에서 탈퇴한 날짜는 (날짜 입력) 입니다	월	일	년
☐ 저는 연방 비상관리청(FEMA) 또는 연방, 주, 지방 정부 기관이 선포한 비상사태나 주요 재난의 영향을 받았습니다. 여기 있는 다른 항목 중 하나가 저에게 해당되지만, 자연재해로 인해 등록 요청을 할 수 없었습니다			
☐ 기타: _____			

개인정보 보호법 안내문 (PRIVACY ACT STATEMENT)

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 메디케어 플랜으로부터 정보를 수집하여 메디케어 어드밴티지(MA) 가입자를 추적하고, 의료 서비스를 개선하며, 메디케어 급여 지급을 위해 사용합니다. 사회보장법 제1851조와 42 CFR §§ 422.50 및 422.60에 따라 이 정보 수집이 허용됩니다. CMS는 “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)” 시스템 기록 고지(SORN), 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 대로 메디케어 가입자의 등록 데이터를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 양식에 대한 응답은 자발적입니다. 그러나 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다

C-SNP 사전가입 자격 평가 양식

이 양식은 Astiva Health의 특수 필요 플랜(C-SNP) - 플랜 007, 008, 또는 013에 가입하려는 경우 작성해야 합니다.

Astiva Health (HMO C-SNP) 플랜에 가입하시나요?

☐ 예

☐ 아니오

예(YES) → 이 플랜은 만성질환 특수 필요 플랜(C-SNP)임을 이해합니다. 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 C-SNP 플랜을 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜이, 아래 기재된 귀하의 해당 의료 상태에 대한 의사의 서면 확인을 반드시 확보하도록 요구합니다.

임상 사전 자격 질문

당뇨병

당뇨병 진단을 받은 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
고혈당 문제가 있었습니까?	☐ 예	☐ 아니오
혈당 조절을 위해 약을 복용하거나 특별 식단을 권고받은 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
집에서 혈당을 측정합니까?	☐ 예	☐ 아니오
다음과 같은 증상을 경험한 적이 있습니까? 갈증 증가, 잦은 배뇨, 극심한 허기, 설명되지 않는 체중 감소, 상처 치유 지연, 잦은 배뇨.	☐ 예	☐ 아니오

심혈관 질환

의사 또는 다른 자격 있는 의료 전문가로부터 심장 부정맥, 관상동맥 질환(협심증), 혈전 또는 다리 혈관 질환 진단을 받은 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
가슴통증을 경험한 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
심근경색을 경험했거나 위험이 있다고 들은 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
가슴통증, 흉부 압박감, 호흡 곤란, 심근경색, 뇌졸중 문제가 있었습니까?	☐ 예	☐ 아니오
다리에 불편함을 동반한 확장 정맥이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
심장 박동기를 가지고 있거나 부정맥 치료 약물을 복용합니까?	☐ 예	☐ 아니오
흡연합니까?	☐ 예	☐ 아니오

만성 심부전

의사 또는 자격 있는 의료 전문가로부터 만성 또는 울혈성 심부전(CHF) 진단을 받은 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
고혈압이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
심장 문제로 인해 폐에 체액이 고이거나 다리가 붓는 문제가 있었습니까?	☐ 예	☐ 아니오
다리나 손 붓기를 예방하기 위해 약을 복용합니까?	☐ 예	☐ 아니오
걸거나 활동 시 피로감을 느낍니까?	☐ 예	☐ 아니오

추가 질문 (계속)

걷다가 멈추어 쉬어야 합니까?	☐ 예	☐ 아니오
빠르고 불규칙한 심장 박동 문제가 있었습니까?	☐ 예	☐ 아니오
심장질환(예: 심부전)으로 인해 이뇨제(물약)를 복용합니까?	☐ 예	☐ 아니오
의사가 혈전이 있다고 말한 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
폐에 체액이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오

약물 관련 질문

위의 질환으로 인해 현재 또는 과거에 약을 복용한 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
메트포르민(Metformin)이나 인슐린 주사를 복용한 적이 있거나 현재 복용 중입니까?	☐ 예	☐ 아니오

현재 복용 중인 약물 목록

약물명	용량 및 복용 빈도

본인 (이름 기재: _____) 은/는, 담당 의사가 내가 하나 이상의 해당 만성질환을 가지고 있음을 확인하지 못할 경우, 만성 특수 필요 플랜(C-SNP)에서 탈퇴 처리되고 다른 플랜에 자동 전환됨을 이해합니다.

해당 질환을 확인할 수 있는 담당 의료진 목록:

의사 이름:	전문 분야:
전화번호:	팩스:

의사 이름:	전문 분야:
전화번호:	팩스: