

REQUEST/AUTHORIZATION FOR EXAMINATION AND/OR TREATMENT

진료 의뢰서

(OSFK MEL 400-12)

KOREAN EMPLOYEES OF THE UNITED STATES ARE ENTITLED TO MEDICAL, SURGICAL, AND HOSPITAL TREATMENT UNDER THE PROVISIONS OF THE COMPENSATION ACT ONLY FOR INJURIES SUSTAINED IN THE PERFORMANCE OF DUTY.

미국 정부 기관에서 근무하는 한국인 직원은 미국 정부 용사인 포상병에 의하여 근무중에 발생한 부상에 대해서 내과, 치과 및 종합 진료를 받을 권리가 있음.

PART A - REQUEST/AUTHORIZATION 제 1 부 - 의뢰 및 인가

1. NAME AND ADDRESS OF THE MEDICAL FACILITY OR PHYSICIAN AUTHORIZED TO PROVIDE THE MEDICAL SERVICE: (국가 의료기관 (내과)명 및 주소)

2. EMPLOYEE'S NAME (Last, first, middle) (국가명 성명)	2a. AGE (연령)	2b. SEX (성별) <input type="checkbox"/> Male (남) <input type="checkbox"/> Female (여)	3. DATE OF INJURY (Year, day, month) 부상 일자(월, 일, 년)	4. OCCUPATION (직종)
---	--------------	--	--	--------------------

5. DESCRIPTION OF INJURY OR DISEASE: (상병에 대한 기술)

6. TREATMENT IS REQUESTED FOR THE RESULTS OF SAID INJURY PURSUANT TO THE PROVISIONS OF SECTION 8105 OF THE U.S. FEDERAL EMPLOYEES' COMPENSATION ACT. (미국 법률 경우 용사인 포상병 제 8105조에 의하여 상기 상병에 대한 진료를 의뢰합니다.)

7. SIGNATURE OF AUTHORIZING/REQUESTING OFFICIAL: (인가 및 의뢰자 서명)	8. NAME AND TITLE OF AUTHORIZING/REQUESTING OFFICIAL: (Type or print clearly) (인가/의뢰자 직책 및 성명 (이름이나 종족으로 쓰세요))
--	--

9. LOCAL EMPLOYING AGENCY TELEPHONE NUMBER (지역 고용기관 전화번호)	10. DATE (Month, day, year) (서명 일자(월, 일, 년))
---	--

11. SEND ONE COPY OF YOUR REPORT (Fill in remainder of address) (보고서 1부를 다음 기관으로 보내주세요.)

U.S. DEPARTMENT OF LABOR
EMPLOYMENT STANDARDS ADMINISTRATION
OFFICE OF WORKERS' COMPENSATION PROGRAMS

12. NAME AND ADDRESS OF EMPLOYEE'S PLACE OF EMPLOYMENT (직원 고용 기관의 주소 및 정보)

Department or Agency:
상 또는 기관명
Bureau or Office:
국 또는 실
Local Address (Including Zip Code):
지역 주소(우편 번호 포함)

PART B - ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT

제 2 부 - 입방 의사의 보고서

13. EMPLOYEE'S NAME (Last, First, middle) 직원 성명		
14. WHAT HISTORY OF INJURY OR DISEASE DID EMPLOYEE GIVE YOU? 무엇이 발생한 후유증의 경위		
15. IS THERE ANY HISTORY OR EVIDENCE OF CONCURRENT OR PRE-EXISTING INJURY, DISEASE, OR PHYSICAL IMPAIRMENT? (If yes, please describe) 전의 또는 과거에 있었던 부상, 질병 또는 육체의 결손이 어떤 형태로든 유려가 있습니까? (있으면 기술하십시오) <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오		
16. WHAT ARE YOUR FINDINGS? (Include results of X-rays, Laboratory tests, etc.) 무엇이 대한 발견 내용. (X-방선이나 검사 결과등을 포함하여)	17. WHAT IS YOUR DIAGNOSIS? 당신의 진단 내용	
18. DO YOU BELIEVE THE CONDITION FOUND WAS CAUSED OR AGGRAVATED BY THE EMPLOYMENT ACTIVITY DESCRIBED? (Please explain your answer if choice is denied) 당신의 발견된 내용이 상기한 고용 활동에 인하여 있거나 고용에 의해 악화된 것으로 생각합니까? (해당시키시면 설명하십시오) <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오		
19. DID INJURY REQUIRE HOSPITALIZATION? 무엇이 인도가 입원을 요했습니까? <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오 IF YES, DATE OF ADMISSION (Mo., day, year) 그날의 입원 일자: (월, 일, 년) DATE OF DISCHARGE (Mo., day, year) 퇴원 일자: (월, 일, 년)	20. IS ADDITIONAL HOSPITALIZATION REQUIRED? 추가 입원을 요합니까? <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오	
21. SURGERY (If any, describe type) 외과 수술(있었으면, 그 형태를 쓰시오)	22. DATE SURGERY PERFORMED (Month, day, year) 외과 수술 일자	
23. WHAT (Other) TYPE OF TREATMENT DID YOU PROVIDE? 그 외에 어떤 치료를 하였습니까?	24. WHAT PERMANENT EFFECTS, IF ANY, DO YOU ANTICIPATE? 예견되는 영구적 영향은?	
25. DATE OF FIRST EXAMINATION (Month, day, year) (월, 일, 년)	26. DATE(S) OF TREATMENT (Mo., day, yr.) 치료 일자 (월, 일, 년)	27. DATE OF DISCHARGE FROM TREATMENT (Mo., day, yr.) 치료 종료 일자 (월, 일, 년)
28. PERIOD OF DISABILITY (Month, day, year) (If examination date unknown, so indicate) 장애 기간(월, 일, 일). (만일 검토날을 모르면 또는 대로 표시하시오) Total Disability: 전 장애: From To Partial Disability: 부분 장애: From To	29. IS EMPLOYEE ABLE TO RESUME 피고인이 가능한가? <input type="checkbox"/> Light Work 가벼운 일 Date: 일자 <input type="checkbox"/> Regular Work 정상의 일 Date: 일자	
30. IF EMPLOYEE IS ABLE TO RESUME WORK, HAS HE/SHE BEEN ADVISED? (If yes, furnish date advised) 만일 가능해 재근무를 할 수 있다면 고용주에게 권했습니까? 만일 권한다면 어떤 날짜를 표시하십시오. <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오		
31. IF EMPLOYEE IS ABLE TO RESUME ONLY LIGHT WORK, INDICATE THE EXTENT OF PHYSICAL LIMITATIONS AND THE TYPE OF WORK THAT COULD REASONABLY BE PERFORMED WITH THESE LIMITATIONS. 만일 가벼운 일에만 할 수 있다면 한리시요. 서면적 근무지 어느정도까지 육체의 인계 또는 직종의 변화까지 수정할 수 있는지 지하시오.		
32. GENERAL REMARKS AND RECOMMENDATIONS FOR FUTURE CARE, IF INDICATED. IF YOU HAVE MADE A REFERRAL TO ANOTHER PHYSICIAN OR TO A MEDICAL FACILITY, PROVIDE NAME AND ADDRESS. 그와 관련된 형태의 치료를 위해 필요한 입원적 유려사항과 제반을 쓰시오. 만일 당신이 다른 의사나 치료소에 의뢰한다면 해당이 될 것만지 그 명칭과 주소도 쓰시오.		
33. SIGNATURE OF PHYSICIAN 의사의 서명 I certify that all the statements in response to the questions asked in Part B of this form are true, complete and correct to the best of my knowledge. I understand that any false or misleading statements or any misrepresentation or concealment of material facts which is knowingly made may subject me to felony criminal prosecution. 상기 모든 질문에 대한 진실한 내 답변에 대해 조부 기입하고, 진위하게 정확한 진실을 확인함. 조부적 위는 또는 오소, 허위진술 또는 사실의 은폐는 형사상의 문제가 될 수 있음.	34. ADDRESS (Number, Street, City, State, ZIP Code) 주소 (우편 번호 포함)	35. FN 10 NUMBER 승인번호 번호
		36. DATE OF REPORT 보고 일자