



NH8126

NORTHSIDE HOSPITAL

English - Spanish - Korean

AFFIX PATIENT LABEL HERE

Patient Name / 환자 이름: _____ Date of Birth / 생년월일: _____

Patient Address:

환자 주소

Street / 세부주소

Apartment # / 건물번호

City, State, Zip / 시, 주, 우편번호

Date of Service / 서비스 날짜: _____

Specific of Entry to be Amended:

수정되어야 할 항목의 구체적인 내용

Please explain how the entry is inaccurate or incomplete.

항목이 부정확하거나 불완전한 이유를 설명해 주십시오.

Please specify what the entry should say to be more accurate or complete.

항목을 더 정확하거나 완전하게 하려면 어떻게 표현해야 하는지 구체적으로 알려 주십시오.

Signature of Patient or Legal Guardian

환자 또는 법적 보호자의 서명

Date/Time / 날짜 / 시간

FOR INTERNAL PURPOSES ONLY:

내부 용도로만 사용

Date Request Received: _____