

Khaled Nass, MD, F.A.S.N.
Sohail Saleem, MD, F.A.S.N.
Lalitha Bandi, MD
Miriam Gentin, MD
Deepak Aggarwal, MD
Sohail Ejaz, MD
Ernest Han, MD



Prashant Amin, MD
Dimpu Patel, MD
Marlene Anderson-Reid, ANP-C
Elizabeth Grass, PA-C
Amanda Aguirre-Johnson, PA-C
Joanna Holder, PA-C
Meagan McKinnon, PA-C

www.kidneycarega.com
Office: 678-450-0202
Fax: 678-450-0080

Account #: _____

Forma Demografica

(Favor De Usar Tinta Negra O Azul)

Información Personal

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Sexo: ____ Número de Seguro Social# : ____ - ____ - ____ Estado Civil: _____
Nacionalidad: _____ Idioma Primario: _____
Numero de Telefono: ____ - ____ - ____ Numero de Celular: ____ - ____ - ____
Dirección: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Email: _____ Doctor Primario _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Numero de telefono: ____ - ____ - ____ Relación del paciente: _____

** Esto es sólo para contacto de emergencia. Esto no da permiso para revelar información relacionada con el cuidado del PT: ver el formulario de DDI**

Información del Seguro

(Favor de llenar completo. Si se deja en blanco, indica que no tiene seguro. Incluso si tenemos una copia de sus tarjetas.)

Seguro Primario: _____
Identificación del Suscriptor: _____ Grupo: _____
Dirección de Reclamos del Seguro: _____ Estado: _____
Codigo Postal: _____
Número de Teléfono del Proveedor de Seguro#: ____ - ____ - ____
(Si el seguro esta a nombre de otra persona como suscriptor, llenar la sección siguiente)
Nombre de Suscriptor: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Seguro Secundario: _____
Identificación del Suscriptor: _____ Grupo: _____
Dirección de Reclamos del Seguro: _____ Estado: _____
Codigo Postal: _____
Número de Teléfono de Proveedor de Seguro#: ____ - ____ - ____
(Si el seguro esta a nombre de otra persona como suscriptor, llenar la sección siguiente)
Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Le doy permiso a Kidney Care Center of Georgia liberar information medica a mi aseguranza sobre mis tratamientos y diagnósticos necesarios para proceder mis reclamos. Asignación de beneficios incluye a Medicare, para que sean pagados de mi parte a Kidney Care Center of Georgia por servicios recibidos. Reconozco que la póliza de aseguranza es entre la compañía de aseguranzas y yo. Entiendo que últimamente yo soy el responsable por pagar mo parte de responsabilidad.

Firma del Paciente/Representante

_____/_____/_____
Fecha

Este formulario es válido sólo por 12 meses después de la fecha firmada

Kidney Care Center of Georgia

Divulgación de Información

Kidney Care Center of Georgia se compromete a proteger la privacidad de nuestros pacientes. Por lo tanto, **no daremos resultados de la prueba, información médica, información financiera, u otra información privada de la salud** a cualquier persona que no sea *el paciente, el guarda, o el doctor que remite*, o que deja mensajes sobre resultados de la prueba en el buzón de la voz o contestador automático sin tu permiso.

Por Favor, Indique Sus Preferencias a Continuación:

Usted puede ponerse en contacto conmigo en el **número de teléfono (s) que se enumeran a continuación con resultados de prueba**. He comprobado el número que prefiero que llame. *Si no aparece ningún número, sólo llamaremos al número de casa que aparece en nuestros registros.* **Nota: (las llamadas de recordatorio sobre la cita se dejarán en contestador automático o buzón de voz por nuestro sistema automatizado)**

Si No Usted puede dejar un mensaje en mi contestador automático o buzón de voz.

- Casa: ____/____/____ Trabajo: ____/____/____
 Celular: ____/____/____ Otros: ____/____/____

Si No Puede enviar un recordatorio de mensaje de texto para mis citas en: ____/____/____

Si No Puede enviar un recordatorio de cita por correo electrónico en: _____@_____

Si No Usted puede proporcionar mi/paciente información privada de salud a las personas indicadas a continuación. *(Se proporcionará información Sólo a Los Listados)*

Por favor, sólo Enumera a personas no médicas (Familiares o Amigos). Los Doctores Médicos no necesitan ser listados en este formulario.

Nombre <i>ejemplo: John Doe</i>	Relación <i>ejemplo: Marido</i>	Médica <small>(ic Labs, Medication, Apts)</small>	Financiera <small>(ic Bills, Balances, Insurance)</small>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Bajo regulaciones de HIPAA, podemos proporcionar la información privada de la salud a otras entidades de salud implicadas en su cuidado y compañías de seguros para los propósitos de la facturación sin su permiso escrito.*

Al firmar este formulario, entiendo que la información proporcionada arriba sustituye todas las notificaciones anteriores y permanecerá en vigor hasta que proporcione diferentes instrucciones escritas.

Nombre del Paciente Impreso: _____

Firma del Paciente o Guardián: x _____ **Fecha:** ____/____/____

Relación Guardian (si aplica): _____

Kidney Care Center of Georgia

Política Financiera

Estamos haciendo todo lo posible para mantener el costo de la atención médica. Usted puede ayudar mucho al eliminar la necesidad de que nosotros le facturamos. El siguiente es un resumen de nuestra política de identificación y pago.

Requisitos de Identificación

Esta práctica se compromete a salvaguardar su identidad. Las regulaciones federales ahora nos requieren verificar su identidad en cada visita y asegurar la identidad de cualquier persona que presenta la identificación del seguro médico. **Para satisfacer los requisitos federales, debemos tener una copia de su identificación con foto en el archivo. le pediremos su identificación de seguro médico en cada visita.** Cuando sea posible, tomaremos una fotografía digital de usted que se adjunta a su archivo electrónico. Esta fotografía nos permite verificar su identidad para futuras visitas. La negativa a proporcionar la identificación requerida puede retrasarlo o evitar que sea visto por nuestros médicos.

El Pago Se Espera En El Momento Del Servicio

En el momento de los servicios se prestan pagos de copagos y cargos pendientes a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Kidney Care Center of Georgia acepta **dinero en efectivo, cheque personal (sólo estado), Visa, MasterCard, American Express y Discover.** Hay un cargo por servicio para todos los cheques devueltos. No aceptamos cheques post-fechaos. Los cheques son depositados electrónicamente por nuestra oficina al final de cada día.

Los pacientes con un saldo pendiente de 60 días de atraso deben hacer los arreglos para el pago antes de la programación de las citas.

Seguro

Planes en los que estamos contratados (Dentro De La Red):

Usted es responsable de todos los cargos. Facturamos a las compañías de seguros participantes como una cortesía para usted. Se espera que usted pague sus copagos en el momento del servicio. Deducibles aplicables, coaseguro, y otras responsabilidades financieras consideradas apropiadas por su transportista, se le facturará. Los cargos facturados a usted se adeudan en el momento en que le enviemos una declaración.

En caso de que usted tenga un procedimiento (s) realizado, nosotros archivaremos con su portador y todos los deducibles aplicables, coaseguro, y otras responsabilidades financieras son su responsabilidad. Si tiene alguna pregunta acerca de su responsabilidad financiera, por favor hable con su proveedor o con nuestros asesores financieros, antes de que se realicen los servicios.

Planes en los que no estamos contratados (No Aceptados/Fuera De La Red):

Usted es responsable de todos los cargos en el momento del servicio. Una vez pagado, presentaremos sus cargos (bajo petición) a su transportista como cortesía para usted. Usted es responsable de cualquier información adicional (seguimiento) solicitada por su transportista.

Reembolsos:

Los pagos en exceso serán reembolsados a petición de la parte responsable en un plazo de 30 días.

Saldos Pendientes y No Remunerados:

Estoy de acuerdo que si se hace necesario remitir mi cuenta a una agencia de cobros, además de la cantidad adeudada, yo también seré responsable de la tarifa cargada por la Agencia de cobros por el costo de cobros.

Citas Perdidas y Cancelaciones Tardías:

Las citas rotas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido vistos en el tiempo reservado para usted. Las cancelaciones deben ser solicitadas 24 horas antes de la cita. Nos reservamos el derecho de cobrar por las citas perdidas o canceladas tarde. El abuso de citas programadas puede resultar en la aprobación de la práctica.

Leí y comprendo el Kidney Care Center of Georgia de la política financiera.

Imprimir Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado: x _____ **Fecha:** ____/____/____

Nombre impreso del representante autorizado (si es diferente al paciente): _____

Kidney Care Center of Georgia

Póliza de Seguro

Con el fin de satisfacer mejor las necesidades de nuestros pacientes, hemos inscrito en numerosos planes de cuidado administrado, incluyendo HMO, PPO, y productos pos.

Cada uno de estos planes de cuidado administrado tiene diferentes requisitos. Hacemos todo lo posible para mantener nuestros registros actualizados sobre cada uno de los planes requisitos individuales. Sin embargo, debemos depender en última instancia de usted, del asegurado para aconsejarnos sobre los requisitos para su plan individual de modo que poder cumplir con sus pautas de los planes.

Proporcionar atención médica de calidad para nuestros pacientes es nuestra principal preocupación, y estamos muy dispuestos a recomendar a los médicos y/o las instalaciones dentro de sus planes directrices siempre que el cuidado es médicamente necesario. Por favor familiarícese con la siguiente información proporcionada en su seguro.

- 1) Si su compañía de seguros requiere que los servicios de laboratorio sean proporcionados por un laboratorio específico, **por favor avisenos antes de que sus servicios de laboratorio sean obtenidos.** Por favor, también tenga en cuenta que los servicios de laboratorio son facturados por separado por la compañía de laboratorio y será su responsabilidad.
- 2) Por favor, consulte con su compañía de seguros y nos aconseje *si su plan requiere precertificación* antes de que se realice un procedimiento en la oficina del médico.
- 3) Si su compañía de seguros requiere una remisión de su médico de atención primaria (PCP) antes de que usted pueda ser visto, **usted es responsable de confirmar que la oficina del Dr ha obtenido esa referencia.** Si usted es visto sin una referencia y la compañía de seguros niega el pago, usted será responsable de todo el saldo.

En el caso de que su cobertura haya cambiado, vencido o expirado en la fecha en que se prestan los servicios, todos los cargos serán denegados y finalmente se convertirán en su responsabilidad. Para evitar este, **Por favor, proporcione su tarjeta de seguro más actualizada cada vez que se le vea en nuestra oficina y manténgase informado de cualquier cambio de seguro a medida que ocurran.**

Con el fin de proporcionar a nuestros médicos cuidado y seguir los requisitos de su compañía de seguros, es imperativo que tenemos información actualizada sobre su cobertura de seguro, tipo de plan (HMO, pos, PPO, etc.) y médico de atención primaria (PCP).

Planes en los que estamos contratados (Dentro De La Red):

Usted es responsable de todos los cargos. Facturamos a las compañías de seguros participantes como una cortesía para usted. Se espera que usted pague sus copagos en el momento del servicio. Deducibles aplicables, coaseguro, y otras responsabilidades financieras consideradas apropiadas por su transportista, se le facturará. Los cargos facturados a usted se adeudan en el momento en que le enviemos una declaración.

En caso de que usted tenga un procedimiento (s) realizado, nosotros archivaremos con su portador y todos los deducibles aplicables, coaseguro, y otras responsabilidades financieras son su responsabilidad. Si tiene alguna pregunta acerca de su responsabilidad financiera, por favor hable con su proveedor o con nuestros asesores financieros, antes de que se realicen los servicios.

Planes en los que no estamos contratados (No Aceptados/Fuera De La Red):

-Usted es responsable de todos los cargos en el momento del servicio. Una vez pagado, presentaremos sus cargos (bajo petición) a su transportista como cortesía para usted. Usted es responsable de cualquier información adicional (seguimiento) solicitada por su transportista.

-Si usted tiene cualesquiera preguntas o necesita ayuda, sepa por favor que nuestro personal está disponible para ayudarle de cualquier manera que poder. Al trabajar juntos, le ayudaremos a recibir los máximos beneficios y a proporcionar la atención médica de calidad que usted se merece.

Entiendo que todos los cargos aplicables son mi responsabilidad y el pago se debe en su totalidad en el momento de los servicios.

He leído y entiendo el centro de cuidado de riñón de la póliza de seguro de Georgia como se mencionó anteriormente y acepto aceptar la responsabilidad como se describe.

Imprimir Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado: x _____ Fecha: ____/____/____

Nombre Impreso del Representante Autorizado (Si es Diferente al Paciente): _____

Kidney Care Center of Georgia

PF-200

Acuse De Recibo Del Aviso De Prácticas De Privacidad (HIPAA)

Kidney Care Center of Georgia Reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad esbozadas en el aviso.

Firma

He visto y/o recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad para **Kidney Care Center of Georgia**.

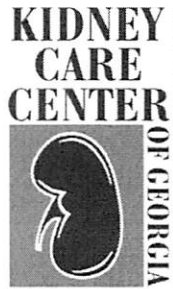
Imprimir Nombre Del Paciente: _____ **Fecha:** ____/____/____

Firma del Paciente o Representante Autorizado: x _____

Nombre Impreso Del Representante Autorizado (Si Es Diferente Al Paciente): _____

Relación Del Representante Autorizado (Si Es Diferente Al Paciente): _____

Khaled Nass, MD, F.A.S.N.
Sohail Saleem, MD, F.A.S.N.
Lalitha Bandi, MD
Miriam Gentin, MD
Deepak Aggarwal, MD
Sohail Ejaz, MD
Ernest Han, MD



Prashant Amin, MD
Dimpu Patel, MD
Marlene Anderson-Reid, ANP-C
Elizabeth Grass, PA-C
Amanda Aguirre-Johnson, PA-C
Joanna Holder, PA-C
Meagan McKinnon, PA-C

www.kidneycarega.com
Office: 678-450-0202
Fax: 678-450-0080

POR FAVOR IMPRIMA

Account #: _____

UTILICE TINTA NEGRA, POR FAVOR

Nefrología Nuevo Cuestionario Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____
Médico De Atención Primaria: _____ Teléfono: ____-____-____
Farmacia: _____ Teléfono De Farmacia: ____-____-____
Dirección De Farmacia: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Historia Médica

Verifique cualquiera de las siguientes condiciones que actualmente está recibiendo tratamiento o que ha tenido en los últimos 10 años.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Congestivo Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Sangrado De Tracto Digestivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas Oculares De Diabetes | <input type="checkbox"/> Acidez (Reflujo ácido) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C | <input type="checkbox"/> Migranas |
| <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Próstata Agrandada | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Stents in Corazon | <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Cancer* |
| <input type="checkbox"/> Marca pasos del Corazon | <input type="checkbox"/> Derrame Bronqui Crónica | <input type="checkbox"/> Artritis | *Lista de tipos a continuación |

Lista de tipos de Cancer y cualquier otra condición médica que es posible que haya tenido en el pasado:

Lista cual quiere tipo de cirugía que haya tenido y en qué año fue: _____

Historial de familia

Marca abajo si sus padres, hermano/as, o hijo/as hayan tenido cualquier condición siguiente:

Condición Medico	Padre	Madre	Hermano/as	Hijo/as	Ningun
Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADPKD-Autosomal Dominante Poliquístico Enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial de Vacunas

Usted haya tenido los vacunas próxima?

- Vacuna de Gripe en este año
- Vacuna de Neumonía dentro los últimos 5 años

Estas tomando o alguna vez has tomado cualquiera de los siguientes medicina diario o basis semanal?

Favor de Marcar cuales:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Advil / Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Celebrex | <input type="checkbox"/> Motrin |
| <input type="checkbox"/> Aleve | <input type="checkbox"/> Diclofenac | <input type="checkbox"/> Naproxen / Naprosyn |
| <input type="checkbox"/> BC Tablets/Powder | <input type="checkbox"/> Goody's Powders | <input type="checkbox"/> Vioxx |
| <input type="checkbox"/> Bextra | <input type="checkbox"/> Mobic | <input type="checkbox"/> Voltaren |

Revisión de Síntomas Relacionadas con sus Riñones

Marca Cual Quiere Síntoma Relacionada con Sus Riñones que usted tiene:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de manos/piernas/pies | <input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar la Corriente de orina | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/Mareos |
| <input type="checkbox"/> Orinas Frecuentes | <input type="checkbox"/> Vaciado incompleto de la Vejiga | <input type="checkbox"/> Tos/ Sibilancias |
| <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar | <input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales | <input type="checkbox"/> Falta de Respiración |

Historial Personal

Marca todos los que aplican a usted:

Uso de Tabaco (Fumar/Mascar)	<input type="checkbox"/> Anteriormente Cuando lo dejo? _____	<input type="checkbox"/> En el momento Cada Cuando? _____	<input type="checkbox"/> Nunca
Uso de Alcohol	<input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> En el momento Es Raro / 1-2 bebidas al día / 3 o más bebidas al día	<input type="checkbox"/> Nunca
Uso de Droga	<input type="checkbox"/> Anteriormente	<input type="checkbox"/> En el momento	<input type="checkbox"/> Nunca

Alergias

Favor de Marcar cual quiere Alergia a los medicamentos que usted tiene y cualquier síntoma que haya tenido.

Medicamento	Síntomas

Lista cual quiere medicamento adicional y los reacciones al siguiente si es necesario: _____

Medicamentos

Favor de Listar las medicinas que usted está tomando abajo:

Medicación (Ejemplo: <i>Hydralazine</i>)	Dosificación (Ejemplo: <i>25mg</i>)	Frecuencia (Ejemplo: <i>Toma 1 tableta 3 veces al dia</i>)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

***Si sus medicamentos exceden esta pagina favor de traer sus medicamentos con usted a su cita o traer una lista de sus medicamentos a su cita.**