

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
C
Joanna Holder, PA-C
Meagan McKinnon, PA-C

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: _____

Información del Seguro

(Favor de llenar completo)

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