

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



[www.kidneycarega.com](http://www.kidneycarega.com)  
Office: 678-450-0202  
Fax: 678-450-0080

Montish Singla, MD, F.A.S.N.  
Sunitha Kalyanam, MD  
Folatom Agbe-Davies, MD MPH  
Marlene Anderson-Reid, ANP-C  
Elizabeth Grass, PA-C  
Joanna Holder, PA-C  
Bradee Aderholt, AGACNP-BC  
Tonya Ramey, DNPAGANP-BC  
Hee Jin Cayetano, PA-C

Account #: \_\_\_\_\_

## Forma Demográfica

(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: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Principal: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Casa / Celular / Trabajo (Por favor, circule uno)

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Doctor Primario \_\_\_\_\_ & Teléfono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

(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: \_\_\_\_\_

(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, haga una lista sola de personas no médicas (miembros de la familia o amigos). NO incluya a los médicos en este formulario.**

Emergencia Contacto	Nombre <i>ejemplo: John Doe</i>	Relación <i>Marido</i>	Número de teléfono <i>(770) 123-0000</i>	# Tipo <i>Casa Celda, Trabajo</i>	Permitir el acceso a MyChart
<input type="checkbox"/>	1)		( ) -		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2)		( ) -		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3)		( ) -		<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**

### **SEGURO Y POLÍTICA FINANCIERA**

**Como cortesía para nuestros pacientes, participamos en muchos programas de seguro médico. El seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios profesionales pagados al médico y no sustituye su responsabilidad de pago por los servicios prestados.**

- Como paciente, es su responsabilidad y obligación comprender los beneficios y obligaciones de su póliza de seguro médico. Esto incluye sus obligaciones financieras por los servicios prestados por el médico participante y para obtener autorización previa cuando sea necesario.
- Es su responsabilidad informarnos antes de que se brinden los servicios de cualquier posible cobertura de terceros, incluidas, entre otras, las pólizas de seguro médico o la compensación al trabajador.
- Las regulaciones de atención médica requieren el cobro de todos los copagos, deducibles, saldos y honorarios profesionales no cubiertos en el momento del servicio. Es su responsabilidad pagar cualquier monto deducible, coseguro o cualquier otro saldo que no pague su compañía de seguros.
- Si en el caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso del pago o niegue la cobertura de los servicios prestados, usted será responsable del saldo adeudado.
- Si su compañía de seguros no paga los servicios profesionales dentro de un período de tiempo razonable, tenemos derecho a facturarle el saldo de su cuenta.
- Todas las tarifas y copagos se cobran en el momento en que recibe los servicios. Los copagos del seguro se cobran en cada visita. Kidney Care Center of Georgia acepta **efectivo, cheques personales (solo dentro del estado), VISA, MasterCard, American Express y Discover**. *Los pacientes con un saldo pendiente de 60 días de atraso deben hacer arreglos para el pago antes de programar las citas.*
- Consulte los detalles de su plan de beneficios, ya que puede requerir que usted sea responsable de una parte de los servicios prestados por nuestros proveedores.
- Se cobra una tarifa administrativa en todos los cheques devueltos.
- Se puede cobrar una tarifa por una visita de no presentación de acuerdo con la política de no presentación.
- Una cuenta se considera vencida 30 días después de la facturación, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Las cuentas impagas más allá de los 90 días se consideran morosas y pueden enviarse a una agencia de cobranza. Si su cuenta no se paga y se entrega para cobros, usted será responsable de los intereses acumulados y / o de todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios razonables de abogados.
- Si su compañía de seguros requiere que los servicios de laboratorio sean proporcionados por un laboratorio específico, **avísenos antes de obtener sus servicios de laboratorio**. También tenga en cuenta que los servicios de laboratorio se facturan por separado por la empresa del laboratorio y serán su responsabilidad.

## Kidney Care Center of Georgia

- Consulte con su compañía de seguros y **avísenos si su plan requiere certificación** previa antes de que se realice un procedimiento en el consultorio del médico.
- Si su compañía de seguros requiere una remisión de su médico de atención primaria (PCP) antes de que lo puedan ver, **usted es responsable de confirmar que la oficina del Dr. ha obtenido esa referencia.** Si lo atienden sin una remisión y la compañía de seguros niega el pago, usted será responsable de la totalidad del saldo.

### Requisitos de identificación

**Para satisfacer los requisitos federales, debemos tener una copia de su identificación con fotografía en nuestros archivos. Le pediremos su seguro médico e identificación 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. Negarse a proporcionar la identificación requerida puede retrasar o impedir que lo atiendan nuestros médicos.

**Citas perdidas y cancelaciones tardías:** Las citas incumplidas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido atendidos en el tiempo reservado para usted. Las cancelaciones deben solicitarse 48 horas antes de la cita. Nos reservamos el derecho de cobrar por citas perdidas o canceladas tardíamente. El abuso de las citas programadas puede resultar en el alta de la práctica.

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, sepa que nuestro personal está disponible para ayudarlo en todo lo que podamos. Al trabajar juntos, lo ayudaremos a recibir los máximos beneficios y brindarle la atención médica de calidad que se merece.*

Entiendo que TODOS los cargos aplicables son mi responsabilidad y el pago vence en su totalidad al momento de los Servicios.

Para su comodidad, nuestra oficina de facturación cuenta con personal de lunes a viernes de 9:00AM A 4:00PM. El número de teléfono es 678-450-0202. Nuestro personal capacitado estará encantado de atender cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto a nuestra política financiera o su cuenta.

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo la política financiera de Kidney Care of Georgia. Acepto la responsabilidad financiera por los servicios profesionales y entiendo que seré responsable de cualquier saldo impago de mi cuenta.**

**Impresión** Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del paciente** o (Representante Autorizado):  x \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado (si es diferente al del 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):* \_\_\_\_\_