

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
Montish Singla, MD, F.A.S.N.
Sunitha Kalyanam, MD



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

Folatomi Agbe-Davies, MD MPH
Adebowale Oguntola, MD
Mohamed Modar Abidian, MD
Marlene Anderson-Reid, ANP-C
Elizabeth Grass, PA-C
Bradee Aderholt, AGACNP-BC
Tonya Ramey, DNP, AGANP-BC
Natacha Mpile, AGACNP-BC
Amanda Warren, AGACNP-BC
Joy Tu, PA-C
Poonam Batchu, DNP-FNP

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

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. A partir del 1/1/2024, a cualquier copago o deducible no pagado en el momento del servicio se le cobrará una tarifa de procesamiento de \$25.
- 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

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): _____