



The Kidney Clinic, LLC

Mazen Abdalla, MD, FACP
Shashank Kailash, MD

Divakar Jammalamadaka, MD
Kristy Linder, DO

Abhinandan Pakanati, MD, FASN
Tabria Colston, NP



Informacion Del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____ Suffix: _____

SSN: _____ - _____ - _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Genero: ____M ____H

Estado Civil: ____S ____D ____C ____W La Raza: _____ Etnicidad: _____

Direccion: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado/Codigo Postal: _____, _____

Telefono De Casa: (____) _____ - _____ Cellular: (____) - _____

Contacto Preferido: ____Casa ____Cellular ____Trabajo Texto OK?: ____Si ____No

Correo Electronico: _____ My Chart: ____Si ____No

Estado de Empleo: ____Completo ____Parcial ____Propio ____Discapacitado ____Militar ____Jubilado ____Desempleado

Nombre del Empleador: _____ Ph: (____) _____ - _____

Proveedor De Referencia: _____ Ph: (____) _____ - _____

Medico De Cabecera: _____ Ph: (____) _____ - _____

Seguro

Seguro Primario: _____

Numero De Plan: _____ Numero De Grupo: _____

Titular De Poliza: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Relación Del Paciente Con El Titular De La Póliza: ____Yo ____Esposo/a ____Hijo/a ____Otro

Seguro Secundario: _____

Numero De Plan: _____ Numero De Grupo: _____

Titular De Poliza: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Relación Del Paciente Con El Titular De La Póliza: ____Yo ____Esposo/a ____Hijo/a ____Otro

Autorizo que los beneficios de mi compañía de seguros se paguen directamente al médico. Me doy cuenta de que soy responsable de pagar los servicios no cubiertos. Autorizo la divulgación de información médica pertinente a la compañía de seguros.

Firma del Paciente Representante Legal

_____/____/____
Fecha



LANZAMIENTO DE REGISTROS MEDICOS

Yo, el abajo firmante, autorizo al consultorio médico de THE KIDNEY CLINIC, incluido el personal y los agentes, a divulgar toda la información médica sobre mí, incluidos, entre otros, mis registros médicos, que es necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro o reembolso y para comunicarme con otro personal médico y centros médicos para coordinar mi atención. Autorizo a THE KIDNEY CLINIC a divulgar información médica y financiera, incluidos cualquiera o todos los informes, registros, facturas por servicios prestados u opiniones que se encuentran en mi historial médico, con respecto al tratamiento a cualquier proveedor alternativo de atención médica o seguro.

Yo, el abajo firmante, también autorizo a THE KIDNEY CLINIC a obtener mis registros médicos de todos los demás médicos tratantes, hospitales y otras instalaciones. También autorizo la divulgación de mi Información de salud protegida de todos los demás médicos tratantes, hospitales y otras instalaciones a THE KIDNEY CLINIC.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que notifique específicamente a THE KIDNEY CLINIC por escrito que revoco esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Este paciente solicita que se envíe una copia de sus registros a:

The Kidney Clinic, LLC
2386 Clower Street, C-105, Snellville, GA 30078
Fax: 678-344-0343

Estoy, _____, autorizando la divulgación de mis registros médicos al médico / hospital / centro mencionado anteriormente. Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a la oficina a divulgar copias de mis registros médicos, incluidos los registros médicos actuales y anteriores, a otras prácticas y profesionales, hospitales y / o clínicas que forman parte de mis registros médicos. **TENGA EN CUENTA:** Esta autorización incluye el consentimiento para la divulgación de alcohol, drogas, información psiquiátrica y psicológica y cualquier otra información relacionada con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de VIH, SIDA y síndromes relacionados con el SIDA. Acepto que una copia de esta versión o fax de esta versión será tan válida como la versión original. Envíe una copia de toda la información requerida lo antes posible por fax o a la dirección indicada anteriormente.

Firma del Paciente o Representante Legal

_____/_____/_____
Fecha



AUTORIZACION DE SEGURO

Yo, el abajo firmante, autorizo a los consultorios médicos de THE KIDNEY CLINIC, incluidos, entre otros, a Médicos, personal y agentes, a divulgar toda la información médica sobre mí, incluidos, entre otros, mis registros médicos, que es necesaria para comunicarse con y para procesar cualquier reclamo de seguro o reembolso.

El pago de los servicios prestados vence en el momento en que se prestan los servicios. Le enviaremos un reclamo a cualquier tercero o compañía de seguros con la que tengamos un contrato. Cualquier tarifa que no sea pagadera por el tercero o la compañía de seguros, y cualquier servicio no cubierto, son responsabilidad del paciente.

Por la presente también autorizo y asigno el pago de todos y cada uno de los beneficios médicos a THE KIDNEY CLINIC por los servicios prestados y autorizo a mi compañía de seguros en los beneficios de los archivos a pagar directamente al médico.

Permito que THE KIDNEY CLINIC solicite los beneficios del seguro para pagar la atención que recibo.

Entiendo que:

- o THE KIDNEY CLINIC deberá enviar la información de mi historial médico a mi compañía de seguros.
- o Debo pagar mi parte de los costos.
- o Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o si no tengo seguro.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico de los médicos y el personal de THE KIDNEY CLINIC. Dicho tratamiento puede incluir, entre otros, procedimientos de diagnóstico, extracciones de sangre, análisis de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos considerados recomendados en mi diagnóstico, tratamiento y curso de atención.

Reconozco que mi tratamiento está destinado a tratar enfermedades específicas y no pretende ser un sustituto de un médico de atención primaria y que no se puede hacer ni garantizar los resultados de los tratamientos o pruebas en THE KIDNEY CLINIC.

En el caso de que un empleado tenga un pinchazo o esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para la prueba de VIH o hepatitis C y B.

Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y que tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico.

Estas autorizaciones permanecerán vigentes hasta que notifique específicamente a THE KIDNEY CLINIC por escrito que estoy revocando esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Representante Legal

_____/_____/_____
Fecha



The Kidney Clinic, LLC

Mazen Abdalla, MD, FACP
Shashank Kailash, MD

Divakar Jammalamadaka, MD
Kristy Linder, DO

Abhinandan Pakanati, MD, FASN
Tabria Colston, NP



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD HIPAA

Entiendo y (previa solicitud) se me ha proporcionado una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" de The Kidney Clinic.

THE KIDNEY CLINIC se reserva el derecho de realizar cambios en su Aviso de privacidad y hay copias revisadas disponibles. Al firmar este formulario, reconozco que se me ha brindado la oportunidad de considerar el Aviso de prácticas de privacidad de THE KIDNEY CLINIC antes de firmar este consentimiento y tomar decisiones de atención médica. THE KIDNEY CLINIC mantiene registros médicos del paciente en medios electrónicos a los que puede acceder cualquier médico o proveedor de atención médica que participe en mi atención actual o futura.

Los registros médicos se divulgan de acuerdo con las leyes federales y estatales de GA y las disposiciones de este consentimiento.

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nuestra oficina necesitará contactarlo para programar y / o reprogramar citas, transmitir resultados de laboratorio y / o pruebas y otros asuntos administrativos similares. Para garantizar que su privacidad se mantenga por completo, seleccione los métodos por los cuales nuestra oficina puede contactarlo.

¿Podemos dejar un mensaje? / ¿Podemos dejar resultados?

Teléfono de Casa: _____ Si / _____ No _____ Si / _____ No

Cellular: _____ Si / _____ No _____ Si / _____ No

Fax: _____ Si / _____ No _____ Si / _____ No

Email: _____ Si / _____ No _____ Si / _____ No

AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA DISCUTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Doy autorización para THE KIDNEY CLINIC para discutir mis registros médicos con: (ejemplo: cónyuge, hijo, amigo, cuidador). No incluya a sus otros médicos, ya que no necesitamos permiso para analizar su atención con ellos. Estos contactos enumerados También se utilizaran en caso de una emergencia.

_____ SOLO Paciente **O**

Porfavor Imprima El Nombre Relacion Numero

Porfavor Imprima El Nombre Relacion Numero

Porfavor Imprima El Nombre Relacion Numero

Firma Del Paciente o Tutor Legal Fecha



The Kidney Clinic, LLC

Mazen Abdalla, MD, FACP
Shashank Kailash, MD

Divakar Jammalamadaka, MD
Kristy Linder, DO

Abhinandan Pakanati, MD, FASN
Tabria Colston, NP



MEDICAMENTOS / ALERGIAS / FARMACIA

Para su comodidad, The Kidney Clinic puede enviar recetas electrónicamente a las farmacias participantes:

¿Cuál es el nombre, la dirección, y número de teléfono

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Address: _____

Haz una lista de tus alergias: _____ No alergias que conozco

Alergia	Reacción

Enumere sus medicamentos, recetas, de venta libre y hierbas: _____ Sin medicamentos

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN	Dosificación	CON QUÉ FRECUENCIA