

# The Kidney Clinic, LLC



2386 Clower Street | Suite C-105 | Snellville, GA 30078  
 1501 Milstead Road | Suite 150 | Conyers, GA 30012  
 10132 Carlin Drive | Covington, GA 30014  
 3370 Sugarloaf Pkwy | Suite A1 | Lawrenceville, GA 30044  
 4805 Lawrenceville Hwy | Suite 320 | Lilburn GA 30047

Mazen Abdalla, MD, FACP  
 Divakar Jammalamadaka, MD  
 Sherria Jasper, NP-C

☎ (678) 344-0334 📠 (678) 344-0343

## Informacion Del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Suffix: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ H Estado Civil: \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ W

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Codigo Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefono De Casa: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Trabajo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contacto Preferido: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo Es Paciente Referido? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Proveedor De Referencia: \_\_\_\_\_ Medico De Cabecera: \_\_\_\_\_

Nombre Del Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_

Numero: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre De Farmacia: \_\_\_\_\_ Numero: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_ Espos/a \_\_\_\_\_ Hijo/a \_\_\_\_\_ Otro

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Numero De Plan: \_\_\_\_\_ Numero De Grupo: \_\_\_\_\_

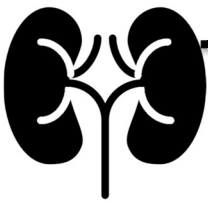
Titular De Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Relacion Del Paciente Con El Titular De La Poliza: \_\_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_ Espos/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 o Representante Legal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha



2386 Clower Street | Suite C-105 | Snellville, GA 30078  
1501 Milstead Road | Suite 150 | Conyers, GA 30012  
10132 Carlin Drive | Covington, GA 30014  
3370 Sugarloaf Pkwy | Suite A1 | Lawrenceville, GA 30044  
4805 Lawrenceville Hwy | Suite 320 | Lilburn GA 30047

Mazen Abdalla, MD, FACP  
Divakar Jammalamadaka, MD  
Sherria Jasper, NP-C

☎ (678) 344-0334 📠 (678) 344-0343



## LANZAMIENTO DE REGISTROS MEDICOS

Yo, el abajo firmante, autorizo a la oficina médica 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 comunicarse con otro personal médico y centros médicos para coordinar mi atención.

Yo, el abajo firmante, también autorizo a THE KIDNEY CLINIC a obtener mi historial médico de todos los demás médicos tratantes, hospitales y otras instalaciones. También autorizo a THE KIDNEY CLINIC a que divulgue mi Información médica protegida de todos los demás médicos tratantes, hospitales y otras instalaciones.

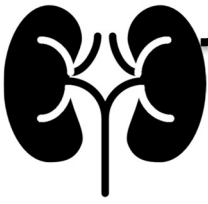
Esta autorización permanecerá vigente hasta que notifique específicamente a THE KIDNEY CLINIC por escrito que revoco esta autorización.

Porfavor Imprima El Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Porfavor Firme El Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



2386 Clower Street | Suite C-105 | Snellville, GA 30078  
1501 Milstead Road | Suite 150 | Conyers, GA 30012  
10132 Carlin Drive | Covington, GA 30014  
3370 Sugarloaf Pkwy | Suite A1 | Lawrenceville, GA 30044  
4805 Lawrenceville Hwy | Suite 320 | Lilburn GA 30047

Mazen Abdalla, MD, FACP  
Divakar Jammalamadaka, MD  
Sherria Jasper, NP-C

☎ (678) 344-0334 📠 (678) 344-0343



## **AUTORIZACION DE SEGURO CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Yo, el abajo firmante, autorizo a los consultorios médicos de The Kidney Clinic, que incluyen pero no se limitan a médicos, personal y agentes, a divulgar toda la información médica sobre mí, incluidos, entre otros, mis registros médicos, que es necesaria para comunicarme con y para procesar cualquier reclamo de seguro o reembolso.

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

Por la presente también autorizo y asigno el pago de todos los beneficios médicos a The Kidney Clinic por los servicios prestados y autorizo a mi compañía de seguros sobre los beneficios de los archivos a ser pagados directamente al médico.

Por la presente, doy mi consentimiento para el tratamiento médico por parte de los médicos y el personal de The Kidney Clinic.

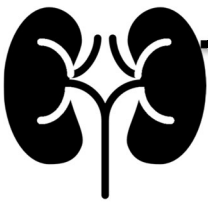
Esta autorización permanecerá vigente hasta que notifique específicamente a The Kidney Clinic por escrito que revoco esta autorización.

Porfavor Imprima El Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Porfavor Firme El Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



2386 Clower Street | Suite C-105 | Snellville, GA 30078  
1501 Milstead Road | Suite 150 | Conyers, GA 30012  
10132 Carlin Drive | Covington, GA 30014  
3370 Sugarloaf Pkwy | Suite A1 | Lawrenceville, GA 30044  
4805 Lawrenceville Hwy | Suite 320 | Lilburn GA 30047

Mazen Abdalla, MD, FACP  
Divakar Jammalamadaka, MD  
Sherria Jasper, NP-C  
☎ (678) 344-0334 📠 (678) 344-0343

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD HIPAA**

Entiendo y me han 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 Clinics antes de firmar este consentimiento y tomar decisiones de atención médica.

Autorizo a The Kidney Clinic a divulgar información médica y financiera, incluidos todos los informes, registros, facturas por los servicios prestados u opiniones que se encuentran en mi expediente médico, con respecto al tratamiento de cualquier proveedor de atención médica o seguro alternativo.

The Kidney Clinic mantiene registros médicos de pacientes en medios electrónicos que pueden ser accesibles para 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 estatales y federales de Georgia, y las disposiciones de este consentimiento.

### **AUTORIZACIÓN HIPAA PARA DISCUTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA:**

Podemos dejar los resultados de las pruebas en su contestador automático?

No  Si Numero: \_\_\_\_\_

Puede divulgar mi información médica a los siguientes miembros de la familia / amigos:

SOLO Paciente      **\*\*O\*\***

\_\_\_\_\_  
Porfavor Imprima El Nombre                      Relacion                      Numero

\_\_\_\_\_  
Porfavor Imprima El Nombre                      Relacion                      Numero

\_\_\_\_\_  
Porfavor Imprima El Nombre                      Relacion                      Numero

Confirmo que he recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" de The Kidney Clinic.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha