



A NUESTROS PACIENTES:

1. ¿Tenemos permiso para dejar un mensaje en los números de teléfono que nos ha proporcionado??
SÍ _____ NO _____

2. ¿Podemos discutir su información médica con familiares y amigos??
SÍ _____ NO _____

➤ Enumere los nombres de las personas con las que podemos hablar sobre su atención médica:

• Nombre: _____ Teléfono #: _____

Relación con usted: _____

• Nombre: _____ Teléfono #: _____

Relación con usted: _____

• Nombre: _____ Teléfono #: _____

Relación con usted: _____

3. Si alguien te llama o pregunta por ti mientras estás en nuestra oficina, ¿tenemos permiso para decirles que estás aquí??

SÍ

NO

Firma del paciente

Fecha de hoy

Nombre impreso del paciente

Fecha de caducidad



Southern Crescent Nephrology, P.C.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE POR EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Reconozco a Southern Crescent Nephrology, PC, por usar y divulgar la salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. (Southern Crescent Nephrology, PC's Notice of Privacy Practices proporciona una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones).

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad; Southern Crescent se reserva el derecho de revisar su Aviso en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso revisado enviando una solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad de Southern Crescent Nephrology en 250 Village Center Parkway, Suite 100, Stockbridge, Georgia 30281.

Southern Crescent Nephrology puede llamar a mi hogar u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje o mensaje de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo nuestro tratamiento, pago y operación de atención médica (TPO), como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros. Southern Crescent Nephrology puede enviar por correo a mi casa cualquier artículo que ayude a llevar a cabo la TPO, como tarjetas de recordatorio de citas, declaraciones de pacientes o formularios de solicitud de laboratorio, siempre y cuando estén marcados como Personal y Confidencial.

Reconozco que tengo el derecho de solicitar que Southern Crescent Nephrology, PC restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar la restricción solicitada, pero si lo hace, está obligada por este acuerdo.

Al firmar este formulario, reconozco el uso y la divulgación de mi PHI por parte de Southern Crescent Nephrology, PC para llevar a cabo mi TPO.

Al firmar este formulario, también acuso recibo de una copia de la Política de Nefrología de Southern Crescent Aviso de 20/01/2010.

(Nombre impreso del paciente o tutor del paciente)

(Firma del paciente o tutor del paciente)

(Fecha)



Southern Crescent Nephrology, P.C.

1. I, _____, (DOB: _____) dar autorización para compartir mi PHI con cualquier otra organización de atención médica. Esta autorización es válida hasta que se notifique por escrito la terminación de la autorización.

1. I, _____, (DOB: _____) NO dé autorización para compartir mi PHI con ninguna otra organización de atención médica. Esta autorización es válida hasta que proporcione una notificación por escrito para compartir mi PHI con estas organizaciones de atención médica.

Firma: _____ Fecha: _____



NOTAR:

Las siguientes Políticas están vigentes para SOUTHERN CRESCENT NEPHROLOGY a partir del 20 de enero de 2010:

- Se requiere el pago de copago y/o coseguro al momento de cada visita al consultorio. Si no puede pagar su copago / coseguro, será necesario reprogramar su cita.
- Los pacientes deben presentar su(s) tarjeta(s) de seguro en cada visita al consultorio.
- Los pacientes son responsables de obtener unareferencia para su médico de atención primaria, si se requiere derivación..
- A los pacientes que llegán más de sesenta (60) minutos tarde a una cita se les pedirá que reprogramen su cita.
- Los pacientes deben informar a nuestra oficina si no puede asistir a su cita programada con al menos 24 horas de anticipación. Si no se recibe ninguna notificación del paciente, se agregará una tarifa de "No presentación" de \$ 25.00 a su cuenta. La tarifa de "No Show" es adeudada por el paciente y no se puede facturar a su compañía de seguros.
- Southern Crescent Nephrology ordena laboratorios de Labcorp, Quest o un hospital. Si su médico de atención primaria realiza sus laboratorios, debe traer una copia de los laboratorios a su cita o asegurarse de que su médico de atención primaria envíe una copia por correo o fax a nuestra oficina.
- La política para completar el papeleo del paciente es la siguiente:
 1. El papeleo de FMLA (Licencia Médica Familiar) debe dejarse en nuestra oficina, será completado por el médico dentro de los siete (7) días hábiles y puede ser recogido por el paciente al finalizar. Hay un cargo de \$ 25.00 por completar el papeleo FM L A, y la tarifa debe pagarse cuando se deja el papeleo. **Tenga en cuenta que es posible que se requiera una visita cara a cara antes de completar su documentación FMLA.**
 2. El papeleo de discapacidad se completará durante una visita al consultorio, y hay un cargo de \$ 25.00 por completar el papeleo de discapacidad, y la tarifa de \$ 25.00 se debe pagar en el momento de la visita de papeleo. Si el paciente también es visto para una visita regular al consultorio médico en este momento, el cargo de \$ 25.00 es adicional al copago / coseguro del paciente o al pago en efectivo adeudado. **Tenga en cuenta que es posible que se requiera una visita cara a cara antes de completar su documentación de discapacidad.**

Gracias,
SOUTHERN CRESCENT NEPHROLOGY

INDICACIONES-STOCKBRIDGE:

Desde el condado de Clayton, tome la I-75 sur hasta la salida # 224 (salida de Eagles Landing Parkway / Hudson Bridge Road), gire a la izquierda (cruzando de nuevo por la I-75). Después de cruzar el puente, vaya a la cuarta (4^a) luz roja (las luces rojas están a solo una cuadra de distancia), gire a la derecha en Village Center Parkway (al lado del Truist Bank). Nuestra oficina es 250 Village Center Parkway, el último edificio a la derecha antes de llegar a la señal de STOP en Country Club Drive, y nuestras oficinas están en el primer piso, que es la segunda (2^a) entrada de entrada. (Hay un gran "250" en la parte delantera del edificio, que es de ladrillo rojo con altas columnas blancas).

Desde McDonough, tome la I-75 North hasta la salida # 224 (salida de Eagles Landing Parkway / Hudson Bridge Road), gire a la derecha en la parte superior de la rampa de salida, vaya a la tercera (3^a) luz roja, que es Village Center Parkway (siga las instrucciones subrayadas arriba).

Desde la autopista 42, gire en Eagles Landing Parkway, vaya dos (2) millas hasta la segunda (2^a) luz roja, que es Village Center Parkway. Gire a la izquierda junto a Kentucky Fried Chicken. La dirección del edificio es 250 Village Center Parkway, último edificio a la derecha antes de llegar a la señal de STOP en Country Club Drive. (Hay un gran "250" en la parte delantera del edificio). Estamos en el primer piso, que es la segunda entrada (2nd) de entrada.

CÓMO LLEGAR-RIVERDALE:

Hacia el norte por la I-75, tome la salida 235 (Old Dixie Highway/Highway 19/41). Gire a la izquierda en la parte superior de la rampa (cruce sobre la I-75) hasta la primera (1^a) luz roja. Gire a la derecha en Upper Riverdale Road. Vaya aproximadamente una milla a 34 Upper Riverdale Road. Edificio "Urgent Care" a la izquierda, directamente al otro lado de la calle de Southern Regional Medical Center, Suite 202 (segundo piso).

Hacia el sur por la I-75, tome la salida 235 (autopista 19/41). Gire a la derecha en la primera luz roja que es Upper Riverdale Road. (siga las instrucciones subrayadas arriba).

INDICACIONES-LOCUST GROVE:

Desde McDonough, I-75 South hasta la salida de Tanger Mall (Bill Gardner Parkway), gire a la izquierda bajo la autopista, continúe hacia Stanley K. Tanger Boulevard, gire a la derecha, vaya aproximadamente un cuarto de milla a 531 Stanley K. Tanger Boulevard (edificio a la izquierda, de vuelta a Tanger Outlet Mall).

Desde Jackson, tome la I-75 North hasta Tanger Mall Exit (Bill Gardner Parkway), gire a la derecha, siga las indicaciones subrayadas arriba.

INSTRUCCIONES-GRIFO:

From Jackson, take Highway 16 into Griffin. Turn left on 8th Street (Spalding Hospital's street) Go 0.39 miles and 415 will be on the right.

Desde Jonesboro, tome la autopista 19/41 sur hasta la salida de la autopista 16 / Downtown Griffin, hasta 8th Street (la misma calle que Spalding Regional Hospital). Gire a la derecha en 8th Street, vaya 0.39 millas y 415 estará a su derecha.

INSTRUCCIONES-FAYETTEVILLE

Desde GA-54 East- Diríjase hacia el noreste por GA-54 N hacia Old Hwy 54. **Gire a la derecha para permanecer en GA-54, continúe recto y pase Chick-fil-A (a la izquierda en 1.8 millas). Gire a la izquierda en Ginger Cake Rd, a la derecha en Brandywine Blvd (aproximadamente 0,4 millas), gire a la derecha y el destino estará a la izquierda.**

Desde GA-54 West- (Soccer Complex) Tome GA-54 West aproximadamente 1.0 millas y luego gire hacia atrás (haga un giro en U) en GA-54 East. **Siga las instrucciones subrayadas arriba.**

Desde GA-85 S- Diríjase hacia el norte por GA-74 N / GA-85 N hacia Greenville Flat Shoals Rd. Continúe por GA-85 N, pase por Starbucks (a la derecha en 25 millas). Gire a la izquierda en Grady Ave (Grady Ave gire ligeramente a la derecha y se convierte en Grady Ave). Gire a la izquierda en Floy Farr Pkwy/W Lanier Ave. Gire a la derecha en Brandywine Blvd aproximadamente 0.4 millas y luego gire a la izquierda) el destino estará a la izquierda.

Desde GA-85N GA 92- Tome GA-85N en Fayetteville, diríjase hacia el noreste en Glynn St N, gire ligeramente a la izquierda hacia GA-85 S/Glynn St N. Gira a la izquierda en GA-85 S/Glynn St N (pasa por Taco Bell – a la derecha en 0,5 millas). Gire a la derecha en Floy Farr Pkwy / W Lanier Ave. aproximadamente 1.1 millas y luego gire a la derecha en Brandywine Blvd (0.4 millas). Gire a la izquierda y el destino estará a la izquierda en 1.0 mi.



SOUTHERN CRESCENT NEPHROLOGY, P.C.

HOJA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA EL PACIENTE
(Por favor imprima)

FECHA DE HOY:
Motivo de la remisión:

NOMBRE DEL PCP:

Médico remitente:

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ D.O.B: _____ Sexo: _____
(Last) (First) (MI)

Dirección: _____ Número de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____
Estado civil: Soltero Divorciado Separado Viudo Casado

Teléfono residencial: _____ Celda#: _____

Teléfono del trabajo: _____ SSN#: _____

Correo electrónico: _____ No tengo correo electrónico. No quiero compartir mi correo electrónico.

Farmacia: _____ Ciudad: _____ Teléfono#: _____

Race: American Indian/ Alaska Native Native Hawaiian White Ethnicity: Hispanic/ Latino
(Required By Medicare) Asian Other Pacific Islander Other:
 Black/ African American Undefined
 More than 1 race Refused to Report Primary Language Spoken: _____

Contacto de emergencia: (no vivir con el paciente): _____ Relación: _____

Teléfono residencial: _____ Celda#: _____

Teléfono del trabajo: _____

Información del seguro

(Por favor, presente las tarjetas de seguro y de identificación en la recepción para fotocopiarlas)

¿Está cubierto por el seguro?? SÍ NO PAGO PROPIO

Nombre del seguro primario: _____ Política/ID #: _____ Grupo#: _____

Nombre del asegurado: _____ Asegurados D.O.B: _____

Relación con el paciente: _____

Seguro Secundario: _____ Política ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del asegurado: _____ Asegurados D.O.B: _____

Relación con el paciente: _____

¿Otros médicos de los que le gustaría que conociéramos o a los que enviáramos cartas?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Tipo de médico: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Tipo de médico: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Tipo de médico: _____

Dirección: _____

Alergias (Por favor, enumere la reacción)

Penicilina _____ Sulfa _____ Yodo/Contraste _____ Látex _____

Other _____

Antecedentes familiares

-Madre: Vivo _____ Difunto _____

Problemas médicos: _____

-Padre: Vivo _____ Difunto _____

Problemas médicos: _____

Otros antecedentes familiares (indique la relación con usted y la edad a la que ocurrió):

Nefropatía _____

Diabetes _____

Cálculos renales _____

Golpe _____

Enfermedad cardíaca _____

Cáncer _____

Presión arterial alta _____

Otra cosa _____

Employment

Empleado: _____ // Ocupación: _____

Desempleado: _____

Jubilado: _____

Sobre la discapacidad: _____

Estudiante: _____

Tabaco:

Nunca fumó: _____

Ex fumador: _____

**¿Cuándo dejaste de fumar?: _____ ¿Cuánto tiempo estuvo fumando?? _____ años. Cuántos cigarrillos/día _____

Sigue fumando?: _____

¿Cuánto tiempo ha estado fumando??: _____ años

¿Cuántos cigarrillos/día?: _____

Alcohol:

Nunca: _____ Raro: _____ Social/Ocasional: _____ Frecuente: _____ bebidas/semana

Illicit Drugs:

Nunca: _____ Utilizado anteriormente: _____

Droga(s): _____

Renunciar: _____ Cuando: _____

Actualmente utilizando: Sí _____ No _____

Droga(s) _____

Medicamentos (incluye vitaminas, suplementos, hierbas y de venta libre):

| <u>Nombre</u> | <u>Dosis</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>Nombre</u> | <u>Dosis</u> | <u>Frecuencia</u> |
|---------------|--------------|-------------------|---------------|--------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Past Medical History

Nombre del paciente _____
(Por favor, marque si actualmente o anteriormente tuvo alguno de los siguientes)

Cardiovascular

- Presión arterial alta _____
- Enfermedad cardíaca _____
- Angiografía previa (cateterismo cardíaco) _____
- Angioplastia (balón) o colocación de stents _____
- Cirugía a corazón abierto _____
- Infarto _____
- Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) _____
- Arritmia (ritmo cardíaco irregular) _____
- Colocación de marcapasos _____
- Colocación del desfibrilador (AICD) _____
- Colesterol alto _____
- Problemas o reemplazos de válvulas cardíacas _____
- Cardiopatía reumática _____
- Otros problemas cardíacos _____

Pulmonar

- EPOC (enfisema o bronquitis crónica) _____
- Use oxígeno en casa _____
- Apnea del sueño _____
- Use BiPap, CPAP u oxígeno por la noche _____
- Asma _____
- Neumonía _____
- Otra enfermedad pulmonar _____

Endocrino:

- Diabetes
 - Sobre la insulina _____
 - Retinopatía diabética (enfermedad ocular diabética) _____
 - Neuropatía diabética (entumecimiento, ardor o sensación deficiente en los pies) _____
- Enfermedad de la tiroides _____
- Otra cosa: _____

Gastrointestinal:

- Enfermedad de úlcera péptica (úlceras estomacal o intestinal) _____
- Bypass gástrico (cirugía de pérdida de peso) _____
- Cálculos biliares o enfermedad de la vesícula biliar _____
- Pancreatitis _____
- Hepatitis o cualquier enfermedad hepática _____
- Obstrucción intestinal _____
- Enfermedad de Crohn _____
- Colitis ulcerosa _____
- Síndrome del intestino irritable _____
- Diverticulosis o diverticulitis _____
- Hemorroides _____
- Otra cosa: _____

Genitourinario:

- Insuficiencia renal _____
- ¿Requirió diálisis en el pasado? _____
- Cálculos renales _____
- Sangre en la orina _____
- Infección del tracto urinario _____
- Infección renal _____
- Trasplante de riñón previo _____
- Agrandamiento de la próstata (HPB) _____
- Cirugía de próstata _____
- Disfunción eréctil (DE) _____
- Fibromas _____
- Quistes ováricos _____
- Otra cosa _____

Vascular:

Aneurisma aórtico ___
Enfermedad vascular periférica (PAD, PVD, mala circulación en las piernas) ___
Otras enfermedades vasculares _____

Neurológicos:

Incautación ___ Accidente cerebrovascular o accidente cerebrovascular de advertencia ___
Pérdida del conocimiento ___ Otra cosa _____

Psiquiátrico:

Depresión ___ Ansiedad ___
Trastorno bipolar ___ Otra cosa _____

Hematología/Oncología:

Anemia ___ Cáncer ___
Transfusión de sangre previa ___ Otra cosa _____
Coágulos sanguíneos (TVP o EP) en las piernas o los pulmones ___

Reumatología:

Lupus ___ Artritis (osteoartritis) dolor en las articulaciones ___
Sjogren ___ Reemplazo(s) de articulaciones ___
Esclerodermia ___ Gusto ___
Enfermedad mixta del tejido conectivo ___ Fibromialgia ___
Artritis reumatoide ___ Otra cosa _____

Enfermedad infecciosa

Tuberculosis ___
Hepatitis B ___ VIH/SIDA ___
Hepatitis C ___ Otra cosa _____

Vacunas

Hepatitis A ___ Pneumovax ___
Hepatitis B ___ Influenza (Flu Shot) ___
COVID Vaccines(círculo uno) Other _____
Pfizer / Moderna / Johnson & Johnson
Booster(s)

Past Surgical History

¿Se le ha realizado alguna de las siguientes cirugías?

| | | |
|--|---|--------------------------|
| ___ Apendicectomía | ___ Reemplazo de cadera ___ Izquierda ___ Bilateral ___ Derecha | ___ Trasplante renal |
| ___ CABG | ___ Knee Replacement ___ Left ___ Bilateral ___ Right | ___ Tiroidectomía |
| ___ Endarterectomía carotídea | ___ Histerectomía | ___ Amigdalectomía |
| ___ Cirugía de cataratas | ___ Prostatectomía | ___ Reemplazo de válvula |
| ___ D & C | ___ Nefrectomía | ___ Fístula AV |
| ___ Extirpación de la vesícula biliar | ___ Reparación de hernia | ___ Injerto AV |
| ___ Bypass gástrico | | ___ Catéter PD |
| ___ Hemorroidectomía | | ___ Otra cosa _____ |

Other Health Problems/Surgeries Not Listed Above: _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO- ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS- DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a los médicos y al personal de Southern Crescent Nephrology, P.C., a proporcionar atención médica al paciente mencionado anteriormente.

Por la presente autorizo a Southern Crescent Nephrology, P.C., a divulgar cualquier información en mi examen o tratamiento a cualquier seguro, agencia gubernamental que brinde beneficios u otras pólizas para procesar cualquier reclamo en mi nombre para el pago.

Por la presente, con mi firma, asigno y autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros a realizar el pago directamente a Southern Crescent Nephrology, P.C., por todos los servicios prestados. Por lo tanto, doy mi permiso para que M. Hafiz Rahman, MD, Sanjay Sharma, MD, Janice Weatherspoon, MD, Srikar Kumar, MD, Saba Khan, MD, y Latoya Williams, APRN BC y el personal me traten.

Por la presente, con mi firma, entiendo que soy responsable en última instancia del pago completo de todos los servicios prestados en caso de que mi compañía de seguros y /o plan de atención administrada niegue el pago total o parcial de cualquier servicio prestado. Incluidos, entre otros, todos los copagos y/o deducibles, y los servicios y suministros no cubiertos obtenidos durante el curso de la atención.

X _____ Fecha: _____ Información para el paciente actualizada el:

Firma del paciente