

NOMBRE DEL PACIENTE & NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		EDAD	# EN FAMILIA	ESTADO CIVIL	CÓNYUNGE/PADRE/OTRO	TELÉFONO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		EMPLEADOR DEL PACIENTE		¿POR CUÁNTO TIEMPO?
GARANTE & NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		DIRECCIÓN DEL GARANTE		EMPLEADOR DEL GARANTE		¿POR CUÁNTO TIEMPO?
¿USTED ERA RECIPIENTE DE MEDICAID CUANDO RECIBIA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL? SÍ _____ NO _____			CUENTA CORRIENTE _____ SALDO _____ OTROS BIENES _____			
			CUENTA DE AHORROS _____ SALDO _____ BANCO _____			
¿USTED ERA RESIDENTE DE OHIO DURANTE SU VISITA AL HOSPITAL? SÍ _____ NO _____		¿TENÍA USTED SEGURO MÉDICO (APARTE DE MEDICAID) DURANTE SU VISITA AL HOSPITAL? SÍ _____ NO _____		ALQUILAR _____ COMPRAR _____ SER DUEÑO _____ A/C FAMILIARES _____		SALDO DE HIPOTECA/VALOR DE PROPIEDAD

**MIEMBROS DE LA FAMILIA**

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN/NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	INGRESOS

**INGRESO BRUTO**

*(Por favor incluya copias de ingreso de 3 o 12 meses antes de la(s) fecha(s) de servicio.)*

PACIENTE	DESEMPLEO	INDEMNIZACIÓN LABORAL
CÓNYUGE	PENSIÓN	OTRO
SEGURO SOCIAL	PENSIÓN ALIMENTICIA	

**GASTOS MENSUALES BÁSICOS**

*(En el caso de que usted no califique para HCAP (Programa de Garantía de Atención Hospitalaria de Ohio) y quisiera ser considerado para la caridad interna, Por favor **incluya copias** de sus **gastos básicos**.)*

ALQUILER	AGUA	
GAS	ELECTRICIDAD	
CABLE	TELÉFONO	

**FECHAS DEL SERVICIO DEL HOSPITAL**

NÚMERO DE LA CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE SERVICIO DESDE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LA CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE SERVICIO DESDE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LA CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE SERVICIO DESDE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LA CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE SERVICIO DESDE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

LA INFORMACIÓN ANTEDICHA ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMADO \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL FORMULARIO RELACIÓN FECHA

OFFICE USE ONLY  
PARA USO INTERNO

SIGNED \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ Approved for \_\_\_\_\_  
DIRECTOR/MANAGER, PATIENT ACCOUNT SERVICES

