

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|-----------------------|--------------------------------------|
| 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 | | | CUIDADO DE MENORES | |
| 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 _____ | | RELACIÓN _____ | | FECHA _____ |
| FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL FORMULARIO | | | | RELACIÓN | | FECHA |
| OFFICE USE ONLY PARA USO INTERNO | | | | | | |
| SIGNED _____ | | DATE _____ | | Approved for _____ | | |
| DIRECTOR/MANAGER, PATIENT ACCOUNT SERVICES | | | | | | |

INFORMACIÓN FAMILIAR ADICIONAL

| Nombre | Relación | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | Ingresos Mensuales |
|--------|----------|---------------------|-------------------------|--------------------|
|--------|----------|---------------------|-------------------------|--------------------|

“Familia” incluirá el/la PACIENTE, EL CÓNYUNGE DEL PACIENTE Y TODOS LOS HIJOS DEL PACIENTE, naturales o adoptados, menores de dieciocho años de edad que viven en la casa, SI EL PACIENTE ES MENOR DE DIECIOCHO AÑOS DE EDAD, LA “FAMILIA” INCLUIRÁ EL/LA PACIENTE, LOS PADRES BIOLÓGICOS O ADOPTIVOS, Y LOS PADRES, HIJOS BIOLÓGICOS O ADOPTIVOS MENORES DE 18 AÑOS QUIEN VIVEN EN LA CASA.

COMENTARIOS ADICIONALES