

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
<b>MIEMBROS DE LA FAMILIA</b>						
NOMBRE		EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN/NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		INGRESOS
<b>INGRESO BRUTO</b> (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				
<b>GASTOS MENSUALES BÁSICOS</b> (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 <b>incluya copias</b> de sus <b>gastos básicos</b> .)						
ALQUILER		AGUA			CUIDADO DE MENORES	
GAS		ELECTRICIDAD				
CABLE		TELÉFONO				
<b>FECHAS DEL SERVICIO DEL HOSPITAL</b>						
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		
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