

**SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Escriba su nombre completo, su dirección en el momento en que recibió el servicio médico y otra información mencionada en esta sección.

Número de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha(s) de servicio \_\_\_\_\_

 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL 2.º NOMBRE

 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
NÚMERO Y CALLE

 Estado de residencia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado

 Número de teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Particular  Móvil  Laboral  Otro \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

 Seguro de salud en el momento en que recibió el servicio:  No tiene seguro  Medicare  Medicaid  Otro \_\_\_\_\_

**SECCIÓN DOS: INGRESOS Y PATRIMONIO FAMILIAR**

Proporcione la información de ingresos para usted, su cónyuge y todos los demás miembros de la familia (si corresponde).

| Fuente de ingresos   | Total de los 3 meses anteriores al servicio | Total de los 12 meses anteriores al servicio |
|--|---|--|
| Salarios/Trabajo autónomo  | \$ _____                                    | \$ _____                                     |
| Seguro social  | \$ _____                                    | \$ _____                                     |
| Pensión, dividendos, intereses, ingresos por alquileres                | \$ _____                                    | \$ _____                                     |
| Desempleo, compensación de trabajadores                                | \$ _____                                    | \$ _____                                     |
| Manutención infantil (solo si el paciente es el destinatario previsto) | \$ _____                                    | \$ _____                                     |
| Otro   | \$ _____                                    | \$ _____                                     |

Activos netos totales (Activos - Deuda) a la fecha de la solicitud: \$ \_\_\_\_\_

**SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR E INGRESOS**

Indique todos los miembros de la familia en su hogar y su fecha de nacimiento.

Proporcione la siguiente información para todos los familiares directos que viven en su hogar. Para propósitos de HCAP, la familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente, y todos los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente y los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente.

| Nombre de los miembros de la familia, incluido el paciente | Fecha de nacimiento | Relación con el paciente |
|--|---------------------|--------------------------|
| 1. Paciente: _____   | _____               | _____                    |
| 2. _____   | _____               | _____                    |
| 3. _____   | _____               | _____                    |
| 4. _____   | _____               | _____                    |
| 5. _____   | _____               | _____                    |
| 6. _____   | _____               | _____                    |

Al firmar a continuación, certifico que toda la información mencionada en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es verdadera.

Firma del responsable: x \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_