

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Número de cuenta _____ Fecha(s) del (de los) servicio(s) _____

Nombre del paciente: _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____
 NÚMERO Y CALLE

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado

Número de teléfono principal: (____) _____ Residencial Móvil Trabajo Otro _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro de salud en el momento en que recibió el servicio: Sin seguro Medicare Medicaid Otro: _____

SECCIÓN DOS: INGRESOS Y ACTIVOS FAMILIARES

Proporcione información sobre sus ingresos, los de su cónyuge y los de 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 independiente	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Pensión, dividendos, intereses, ingresos por alquileres	\$ _____	\$ _____
Desempleo, compensación al trabajador	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil (solo si el paciente es el destinatario previsto)	\$ _____	\$ _____
Otro	\$ _____	\$ _____

Activos netos totales (activos - deuda) a la fecha de la solicitud: \$ _____

SECCIÓN TRES: INGRESOS E INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere todos los miembros de su familia en su hogar y sus fechas de nacimiento.

Proporcione la siguiente información para todas las personas en su familia inmediata que viven en su hogar. Para los fines de HCAP, la familia se define como el paciente, su cónyuge y todos sus hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) que vivan en su hogar. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a sus padres biológicos o adoptivos y a los hijos menores de 18 años (biológicos o adoptivos) de los padres del paciente que vivan en su hogar.

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 que indiqué en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es verdadera.

Firma de la parte responsable: x _____ Fecha: _____