

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 2DO. NOMBRE

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

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

Número de teléfono primario: (____) _____ Particular Móvil Laboral Otro _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro de salud al momento de la fecha del servicio: Sin seguro Medicare Medicaid Otro _____

SECCIÓN DOS: INGRESO Y PATRIMONIO FAMILIAR

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

Fuente de ingreso	Total por 3 meses previo al servicio	Total por 12 meses previo 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: _____

Devuelva su solicitud completa a: **Select Specialty Hospital - Hampton Roads**

500 J. Clyde Morris Blvd, Newport News, VA 23601

(757) 534-5000

Rev. 11/2019