

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba en letra de imprenta su nombre completo, la dirección en la que se encontraba al momento de recibir el servicio médico y otra información detallada en esta sección.

Número de cuenta _____ Mes de servicio _____

Nombre del paciente: _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE NÚMERO DE REGISTROS MÉDICOS

Dirección: _____
 NÚMERO Y CALLE CIUDAD CONDADO

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ N.º de seguro social del paciente: _____

Número telefónico principal: (____) _____ Hogar Celular Trabajo Otro _____

Familiar entrevistado: _____ Parte responsable: _____ Relación con el paciente: _____

¿Es residente de Ohio? Sí No

¿Recibía beneficios de Medicaid? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese el n.º de facturación _____ y adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid.

¿Tiene seguro de salud? Sí No Si la respuesta es sí, ingrese el n.º de facturación _____ y adjunte una copia de la tarjeta del seguro.

SECCIÓN DOS: INGRESO FAMILIAR

Mencione a todos los "familiares" (incluido usted). Los familiares incluyen padres, cónyuges (independientemente de si viven en el hogar) e hijos (biológicos o adoptivos) menores de dieciocho (18) años que vivan en el hogar junto con el paciente. Los ingresos incluyen salario bruto (antes de impuestos), ingresos por alquiler, indemnización por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia pública, etc.

Familiares	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos de 3 meses antes de la fecha del servicio	Ingresos de 12 meses antes de la fecha del servicio
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Total					

NOTA: Si alguno de los familiares no tuvo ingresos durante los períodos mencionados anteriormente, marque "NINGUNO" en la fuente de ingresos y coloque "0.00" en ingresos.

Si ingresa la cifra \$0.00 o ningún ingreso, explique brevemente abajo cómo subsistió (o cómo subsistió el paciente) financieramente durante el período mencionado anteriormente.

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR E INGRESOS

Confirmando que las respuestas en esta solicitud son verdaderas, y comprendo que es ilegal presentar, siendo consciente de ello, información falsa para obtener beneficios del gobierno.

Firma del solicitante: _____

Fecha en que se completó la solicitud: _____

Se requiere una solicitud nueva o actualizada para cada mes en que se brinden los servicios.