

NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	EDAD	N.º EN LA FAMILIA	ESTADO CIVIL	CÓNYUGE/PADRE/MADRE/OTRO	TELÉFONO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		EMPLEADOR DEL PACIENTE		¿DESDE HACE CUÁNTO?
GARANTE Y N.º DE SEGURO SOCIAL	DIRECCIÓN DEL GARANTE		EMPLEADOR DEL GARANTE		¿DESDE HACE CUÁNTO?

¿ERA BENEFICIARIO ACTIVO DE MEDICAID CUANDO RECIBÍ ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL? SÍ _____ NO _____	CTA. CORRIENTE _____ SALDO _____ OTROS ACTIVOS _____
	CAJA DE AHORRO _____ SALDO _____ BANCO _____

¿ERA RESIDENTE DE OHIO CUANDO RECIBÍ ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL? S _____ N _____	¿TENÍA SEGURO MÉDICO (QUE NO SEA MEDICAID) CUANDO RECIBÍ ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL? S _____ N _____	ALQUILA _____ EN PROCESO DE COMPRA _____ ES PROPIETARIO _____ VIVE CON FAMILIARES _____	SALDO DE LA HIPOTECA/VALOR DE LA PROPIEDAD
---	---	---	--

MIEMBROS DE LA FAMILIA				
NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN/N.º DE SEGURO SOCIAL	INGRESOS

**INGRESOS BRUTOS**  
*(Incluya copias de los ingresos ya sea de 3 o 12 meses antes de la(s) fecha(s) de la atención médica).*

PACIENTE	DESEMPLEADO	INDEMNIZACIÓN LABORAL
CÓNYUGE	PENSIÓN	OTROS
SEGURO SOCIAL	MANUTENCIÓN DE MENORES	

**GASTOS MENSUALES BÁSICOS**  
*(En caso de que no califique para el Programa de seguro médico hospitalario [Hospital Care Assurance Program, HCAP] y desee que lo consideren para una organización benéfica interna, **incluya copias** de sus **gastos mensuales**).*

VIVIENDA	AGUA	CUIDADO DE MENORES
GAS	ELECTRICIDAD	
CABLE	TELÉFONO	

**FECHAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL**

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ATENCIÓN DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ATENCIÓN DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ATENCIÓN DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ATENCIÓN DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y PRECISA, SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMADO \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO RELACIÓN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA.

FIRMADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ Aprobado para \_\_\_\_\_  
DIRECTOR/GERENTE, SERVICIOS DE CUENTAS DE PACIENTES

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>	<b>Ingresos mensuales</b>
---------------	-----------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------

El término "familia" incluye al PACIENTE, al CÓNYUGE DEL PACIENTE Y a TODOS LOS HIJOS DEL PACIENTE, naturales o adoptados, menores de dieciocho años que vivan en el hogar. SI EL PACIENTE TIENE MENOS DE DIECIOCHO AÑOS, EL TÉRMINO "FAMILIA" INCLUYE AL PACIENTE, AL PADRE O A LA MADRE NATURALES O ADOPTANTES DEL PACIENTE Y A LOS HIJOS, NATURALES O ADOPTADOS MENORES DE DIECIOCHO QUE VIVAN EN EL HOGAR, DEL PADRE O LA MADRE.

## COMENTARIOS ADICIONALES