

NOMBRE DEL PACIENTE & NUMERO DE SEGURO SOCIAL (PATIENT NAME & SOCIAL SECURITY NO.)	EDAD (AGE)	# DE PERSONAS EN LA FAMILIA (NO. IN FAMILY)	ESTADO CIVIL (MARITAL STATUS)	CÓNYUGE/PADRES (SPOUSE/PARENT)  TELÉFONO:
DIRECCIÓN DEL PACIENTE (PATIENT ADDRESS)	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (CITY, STATE, ZIP)		EMPLEADOR DEL PACIENTE (PATIENT EMPLOYER)	CUANTO TIEMPO (HOW LONG)
GARANTE Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL (GUARANTOR & SOCIAL SECURITY NO.)	DIRECCIÓN DEL GARANTE (GUARANTOR ADDRESS)		EMPLEADOR DEL GARANTE (GUARANTOR EMPLOYER)	CUANTO TIEMPO (HOW LONG)

¿RECIBÍA UD MEDICAID A LA HORA DE SU SERVICIO EN EL HOSPITAL? (WERE YOU AN ACTIVE MEDICAID RECIPIENT AT THE TIME OF YOUR HOSPITAL SERVICE?) SI (YES) _____ NO _____ SI ES QUE SÍ, NUMERO DE RECIPIENTE DE MEDICAID: _____ (IF YES, MEDICAID RECIPIENT NUMBER: _____)	¿RECIBIA UD ASISTENCIA DE INCAPACIDAD A LA HORA DE SU SERVICIO EN EL HOSPITAL? (WERE YOU AN ACTIVE RECIPIENT OF DISABILITY ASSISTANCE AT THE TIME OF YOUR HOSPITAL SERVICE) SI (YES) _____ NO _____ SI ES QUE SÍ, FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE SU TARJETA "D.A." CON ESTA APLICACIÓN.
--	--

¿TENÍA UD SEGURO MEDICO (APARTE DE MEDICAID) A LA HORA DE SU SERVICIO EN EL HOSPITAL? (DID YOU HAVE HEALTH INSURANCE (OTHER THAN MEDICAID) AT THE TIME OF YOUR HOSPITAL SERVICE? SI (YES) _____ NO _____	CHEQUES (CHECKING) <input type="checkbox"/> BANCO: _____ AHORROS (SAVINGS) <input type="checkbox"/> BALANCE: _____ OTROS BIENES (OTHER ASSETS): _____
--	---

<b>INGRESO BRUTO (GROSS INCOME)</b> FAVOR DE INCLUIR COPIAS DE SUS INGRESOS DE LOS 3 A 12 MESES ANTERIORES AL DIA DE ATENCIÓN	<b>GASTOS BÁSICOS MENSUALES (BASIC MONTHLY EXPENSES)</b> EN EL CASO DE QUE UD NO CALIFIQUE PARA HCAP Y LE GUSTARIA SER CONSIDERADO PARA AYUDA INTERNA, POR FAVOR INCLUYA COPIAS DE SUS GASTOS MENSUALES.	<b>OTROS GASTOS (OTHER EXPENSES)</b>
PACIENTE (PATIENT): _____ CÓNYUGE (SPOUSE): _____ #SEG. SOCIAL (SOCIAL): _____ DESEMPLEO (UNEMP): _____ PENSIÓN (PENSION): _____ MANUTENSIÓN DE MENORES (CHILD SUPPORT): _____ COMPENSACIÓN AL TRAB. (WORKMAN'S COMP): _____ OTRO (OTHER): _____  <b>INGRESO TOTAL (TOTAL INCOME):</b> _____  <b>INGRESO ANUAL BRUTO (YEARLY GROSS INCOME):</b> _____	VIVIENDA (HOUSING): _____ GAS (GAS): _____ LUZ (ELECTRIC): _____ AGUA (WATER): _____ TELÉFONO (PHONE): _____ ALIMENTOS (FOOD): _____ TRANSPORTE (TRANSPORTATION): _____ MÉDICO (MEDICAL): _____ MÉDICO (MEDICAL): _____ FARMACIA (PHARMACY): _____ SEGURO (INSURANCE): _____ CUIDADO DE NIÑOS (CHILD CARE): _____  <b>SUBTOTAL:</b> _____	CABLE TV (CABLE TV): _____ PAGO DEL CARRO (CAR LOAN): _____ TARJETA DE CRÉDITO (CREDIT CARD): _____ PRESTAMO (LOAN): _____ _____ PRESTAMO (LOAN): _____ _____  <b>SUBTOTAL:</b> _____  <b>GASTO TOTAL (TOTAL EXPENSES):</b> _____

**COMENTARIOS: Favor de utilizar el espacio en blanco detrás para comentarios adicionales. (Please use space on back for additional comments.)**

**FECHAS DE SERVICIO EN EL HOSPITAL (DATES OF HOSPITAL SERVICE)**

# DE CUENTA (ACCOUNT #) _____	FECHA DE SERVICIO (DATE OF SERVICE) DE (FROM) _____ A (TO) _____	BALANCE: \$ _____
# DE CUENTA (ACCOUNT #) _____	FECHA DE SERVICIO (DATE OF SERVICE) DE (FROM) _____ A (TO) _____	BALANCE: \$ _____
# DE CUENTA (ACCOUNT #) _____	FECHA DE SERVICIO (DATE OF SERVICE) DE (FROM) _____ A (TO) _____	BALANCE: \$ _____
# DE CUENTA (ACCOUNT #) _____	FECHA DE SERVICIO (DATE OF SERVICE) DE (FROM) _____ A (TO) _____	BALANCE: \$ _____

**FECHA (DATE)** \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN DADO ARRIBA ES VERDADERA Y PRECISA A LO MEJOR DE MI ENTENDIMIENTO.**

**FIRMA (SIGNED):** \_\_\_\_\_  
 GERENTE, SERVICIOS CONTABLES DEL PACIENTE (MGR, PT ACCT SERVICES)

**FIRMA (SIGNED):** \_\_\_\_\_  
 GERENTE, SERVICIOS CONTABLES DEL PT (DIRECTOR, PT ACCT SERVICES)

**FIRMA (SIGNED):** \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE (PT SIGNATURE) _____	o (or)	FIRMA DE LA PERSONA LLENANDO LA HOJA _____	RELACIÓN (RELATIONSHIP) _____	FECHA (DATE) _____
		(SIGNATURE OF PERSON COMPLETING FORM)		

## INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Nombre (Name)	Relación (Relationship)	Fecha de Nacimiento (Birthdate)	Número de Seguro Social (Soc. Sec. #)	Ingreso Mensual (Monthly Income)

“Familia” deberá incluir al paciente, el conyugo del paciente y todos los hijos del paciente, biológicos o adoptivos que sean menores de edad que viven en la casa. Si el paciente es menor de 18 años, la “Familia” debe incluir al paciente, los padres biológicos o adoptivos y los hijos de los padres, biológicos o adoptivos que sean menores de edad que viven en la casa.

“Family” shall include the PATIENT, THE PATIENT’S SPOUSE, and ALL OF THE PATIENT’S CHILDREN, natural or adoptive, under the age of eighteen who live in the home. IF THE PATIENT IS UNDER THE AGE OF EIGHTEEN, THE “FAMILY” SHALL INCLUDE THE PATIENT, THE PATIENT’S NATURAL OR ADOPTIVE PARENT(S), AND THE PARENT(S)’ CHIDLREN, NATURAL OR ADOPTIVE UNDER THE AGE OF EIGHTEEN WHO LIVE IN THE HOME.

## COMENTARIOS ADICIONALES

---

---

---

---

---