



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parte responsable (si no es el paciente): _____

Dirección: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono celular: _____

¿Tiene actualmente algún seguro médico? S ☐ N ☐

Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____

Cantidad de personas que declarará o declararía en sus impuestos
(incluyendo hijos no nacidos, si correspondiera):

	EDAD	Empleado	Tiempo completo o medio tiempo	Relación con el paciente
Nombre del paciente:		S / N		Paciente
Parte responsable: (si no es el paciente)		S / N		
Cónyuge/pareja de hecho:		S / N		
Dependiente:		S / N		
Dependiente:		S / N		
Dependiente:		S / N		

Incluya aquí sus ingresos **BRUTOS mensuales** para
el **PACIENTE/LA PARTE RESPONSABLE/LOS DEPENDIENTES**
ES OBLIGATORIO PRESENTAR UN COMPROBANTE DE INGRESOS

Fuente de ingresos:

EL MES PASADO

LOS ÚLTIMOS 3 MESES

Paciente

Todos los demás

Paciente

Todos los demás

Ninguno ☐
Ingresos/salario
Asistencia pública
Retiro/pensión/SSI
Discapacidad/SSDI
Otros: _____

\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$

\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$



Haga comentarios adicionales sobre las circunstancias económicas de su familia que podrían afectar su capacidad de pagar el tratamiento:

- ***“Entiendo que, al firmar a continuación, doy fe de la precisión de la información en este formulario y autorizo a CCMH a verificar toda la información de esta solicitud.***
- ***Entiendo que falsificar cualquier información en este formulario o en la documentación de respaldo que proporcione resultará en la reevaluación de mi solicitud, a cambio de una tarifa reducida, y en una posible descalificación.***
- ***Si se determinara que recibí servicios por una tarifa reducida usando información que sabía que era falsa, seré responsable de pagar el costo total de estos servicios.***
- ***Si cambiara algo de mi información financiera o de seguro, entiendo que es mi responsabilidad informar a CCMH de inmediato para que mi información se pueda actualizar y para que mi elegibilidad se vuelva a evaluar.***
- ***Entiendo que no todos los servicios que se ofrecen en CCMH son elegibles para el descuento de tarifas con escala móvil”.***

Firma del paciente/de la parte responsable _____

Fecha: _____

Para uso exclusivo del consultorio:

Fecha de recepción: _____ Comprobante de ingresos recibidos: _____

Número de cuenta del garante: _____ Tipo de garante: _____

Número de cuenta del garante: _____ Tipo de garante: _____

Ingresos brutos: _____ Cant. de personas que viven en el hogar: _____

Calificación para tarifas reducidas: SÍ NO Tarifa: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Deuda incobrable/Saldo cobrable: _____ Plan PMT: _____

Especialista en procesamiento: _____ Fecha: _____

Aprobación del supervisor: _____

- ☐ Actualización de FPL
- ☐ Seguimiento de asistencia financiera actualizado
- ☐ Formularios escaneados y subidos a la cuenta
- ☐ Carta enviada por correo al paciente/cliente