



1. Información del paciente	
Nombre del paciente: _____ Número de historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____	
Fecha de presentación de la solicitud: _____ *Si el paciente es menor de edad, indique al padre, madre o tutor como el solicitante	
2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)	RELACIÓN CON EL PACIENTE
Nombre: _____	<input checked="" type="checkbox"/> El mismo <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> Padre o madre <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____
Número del Seguro Social: _____	ESTADO CIVIL
¿Es ciudadano estadounidense? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Separado <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input checked="" type="checkbox"/> Viudo
Fecha de nacimiento: _____ Número de cargas: _____ Número de teléfono particular: _____	
Número de teléfono celular: _____ Dirección (NO casillas postales): _____	
Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____	
Si no trabaja, ¿cuánto tiempo ha estado desempleado? _____	
3. PREGUNTAS SOBRE ASISTENCIA FINANCIERA (todas las respuestas corresponden al paciente)	
1. ¿El paciente solicita asistencia financiera para cuentas de servicios anteriores en Edgefield County Healthcare? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "sí", indique la última fecha en que recibió servicios: _____	
2. ¿El paciente tiene seguro de salud? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:	
Nombre del seguro de salud: _____ Nombre del suscriptor: _____	
Número de identificación de los afiliados o pacientes: _____ Número de grupo: _____	
Nombre del empleador o grupo: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____	
Número de teléfono del seguro de salud: _____	
3. ¿El paciente cumple los requisitos del Programa Federal de Asistencia Médica? (por ej. V.A., neumoconiosis, etc...) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:	
Nombre del programa: _____ Número de teléfono del programa: _____	
Número de identificación del paciente: _____	
4. ¿El paciente recibe tratamiento por lesiones cubiertas por el seguro de indemnización por accidentes y enfermedades del trabajo? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:	
Nombre de la compañía de seguros del Seguro de indemnización por accidentes y enfermedades del trabajo: _____ Nombre de los liquidadores: _____	
Número de teléfono del liquidador: _____ Fecha de la lesión: _____	
Número de caso o solicitud: _____	
5. ¿El paciente recibe tratamiento por lesiones cubiertas por un seguro de Responsabilidad de terceros, por ejemplo de una compañía de seguro automotriz? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:	
Nombre del seguro automotriz o abogado: _____ Fecha de la lesión: _____	
Nombre del seguro automotriz o número de teléfono del abogado: _____ Número de caso o solicitud: _____	



6. ¿Es el paciente víctima de un delito? Sí NO

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre del administrador de casos: _____ Fecha de la lesión: _____

Número de teléfono del administrador de casos: _____ Número de caso: _____

7a. ¿Tiene el paciente 65 años o más (sin Medicare)? Sí NO

Si la respuesta es "sí", proporcione una explicación breve de por qué el paciente no tiene Medicare:

7b. ¿El paciente tiene menos de 18 años? Sí NO**8. ¿La paciente está embarazada?** Sí NO**9. ¿El paciente tiene un diagnóstico relacionado con lo siguiente (marque todas las que correspondan)?** Sí NO Accidente cerebrovascular Enfermedad cardíaca crónica Diálisis Cáncer**10. ¿Ha tenido recientemente el paciente o garante un evento que calificaría para los beneficios de COBRA (marque todas las que correspondan)?** Sí NO

- Cambio de empleo que tuvo como resultado la pérdida o la reducción de horas.
- Cambio en el estado civil que tuvo como resultado la pérdida de beneficios.
- Cambio en la cobertura del seguro del cónyuge debido a la cobertura de Medicare.
- Fallecimiento de un cónyuge.

4. Integrantes de la familia

Nombre del integrante de la familia	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Estado civil

5. Ingresos (comprobantes de cheque consecutivos más recientes [8 si le pagaban semanalmente, 4 si se pagaban quincenalmente o dos si era mensualmente])

Tipo de ingresos	Nombre del integrante de la familia:	Nombre del integrante de la familia:	Nombre del integrante de la familia:	Nombre del integrante de la familia:
Ingresos provenientes del trabajo	\$	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$	\$
Beneficios por desempleo	\$	\$	\$	\$
Ingresos derivados de inversiones	\$	\$	\$	\$



Seguro de indemnización por accidentes y enfermedades del trabajo	\$	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
Empleo independiente	\$	\$	\$	\$
Manutención infantil o del cónyuge	\$	\$	\$	\$
Jubilación o pensión	\$	\$	\$	\$
Beneficios para veteranos	\$	\$	\$	\$
Otros (escríbalos a continuación):	\$	\$	\$	\$
Otros (escríbalos a continuación):	\$	\$	\$	\$

6. Indique cualquier activo de los integrantes de la familia (cuenta corriente o de ahorros, efectivo, bonos de ahorro de EE.UU., acciones, fondos fiduciarios, certificados de depósito, valor nominal del seguro de vida, IRA o fondo de pensiones, etc...)

Nombre del integrante de la familia	Tipo de activo	Nombre del banco	Número de cuenta	Valor en efectivo
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

7. Indique cualquier recurso que se haya vendido, transferido o dado como regalo en los últimos tres meses

Propietario	Recurso	Número de cuenta	Valor en efectivo
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



