

**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: \_\_\_\_\_  El mismo  Cónyuge  Padre o madre  Otro: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL**

¿Es ciudadano estadounidense?  SÍ  NO  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  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 Self Regional Healthcare?**  Sí  NO

Si la respuesta es "sí", indique la última fecha en que recibió servicios: \_\_\_\_\_

**2. ¿El paciente tiene seguro de salud?**  Sí  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...)**  Sí  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?**  Sí  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?**  Sí  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
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



