

MEMORIAL MEDICAL CENTER
FORMA PARA ASISTENCIA FINANCIERA
(SPANISH VERSION)

MMC HOSPITAL: _____ CLÍNICA: _____ EXPEDIENTE DE MEDICO: _____

NUMERO DE CUENTA: _____ DIA DE SERVICIO: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____ SEGURO SOCIAL: _____

PERSONA RESPONSABLE:: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ EMPLEADOR: _____

Residente de Dona Ana : _____ Cuantos anos/meses: _____

Aplicación de Indigente: SI: _____ NO _____ CUANDO: _____

Tienen asegurancia Medica SI: _____ NO _____ Comento: _____

PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA

NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL

NUMERO DE PERSONAS EN LA CASA: _____

INGRESOS DE LA CASA

NOMBRE	EMPLEO	INGRESOS MENSUALES	VERIFICACIÓN

Incluido Desempleo, compensación de Soporte de Niño, Seguro Social, Ayudad publica, Ayuda de Educación, Estampillas de Comida, otra ayuda monetario de amigo o familiar.

INGRESOS ANUAL: _____ DESCUENTO: _____

Yo el paciente o la persona en custodia declaro que toda la información es cierta. Yo el paciente tengo la responsabilidad de entregar cambios en Ingresos; talones de cheques, impuestos de los ingresos o otros documentos necesarios a Memorial Medical Center.

FIRMA

FECHA

TESTIGO

FECHA

SUPERVISOR

FECHA

