

Declaración Financiera del Paciente

FOR INTERNAL USE ONLY

Application Taken By: _____
Today's Date: _____ Date Referred: _____
Referred By: _____ Reason for Referral: _____
Ins: _____ Guarantor #(s): _____ MRN #: _____
Admit/Discharge Date(s): _____
Diagnosis: _____
Procedure: _____
Est. Charges: _____ Est. Pt. Bal.: _____ Met 12/mo LOD Criteria?: _____
If yes, why?: _____

Información del/de la Paciente:

Nombre del/de la Paciente: _____ FDN: _____
Número de Seguro Social: _____ Condado de residencia: _____ Estado civil: _____
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Tel. Casa : _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Cel: _____ Correo electrónico: _____
¿Es el/la paciente ciudadano(a) de los EE.UU.? _____ Si no, ¿es el paciente un(a) residente legal? _____
Length as legal resident?: _____ Visa type: _____ Is the patient pregnant?: _____

Miembros de familia inmediata que viven en casa (Menores de 18 o estudiante de tiempo completo):

Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____	¿Medicaid Recipient?: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____	¿Medicaid Recipient?: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____	¿Medicaid Recipient?: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____	¿Medicaid Recipient?: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____	¿Medicaid Recipient?: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____	¿Medicaid Recipient?: _____

Información de Empleo del (de la) Paciente/Padre(Madre)/Tutor(a) Legal

¿Empleado(a) actualmente?: _____ Empleador: _____ Tiempo en empleo actual: _____
Empleado(a): _____ Parentesco con paciente: _____
Última fecha que trabajó: _____ Salario por hora: _____ Horas trabajadas/semana: _____
Frecuencia de pago: _____ Salario mensual bruto: _____
Última fecha que trabajó: _____ Ingresos mientras no trabaja: _____

Información de Empleo del (de la) Paciente/Padre(Madre)/Tutor(a) Legal

¿Empleado(a) actualmente?: _____ Empleador: _____ Tiempo en empleo actual: _____
Empleado(a): _____ Parentesco con paciente: _____
Última fecha que trabajó: _____ Salario por hora: _____ Horas trabajadas/semana: _____
Frecuencia de pago: _____ Salario mensual bruto: _____
Última fecha que trabajó: _____ Ingresos mientras no trabaja: _____

Ingresos adicionales (pensión alimenticia, fondo fiduciario accesible actual, manutención de los hijos, discapacidad, intereses y dividendos, asistencia pública, bienes raíces, alquileres y arrendamientos, jubilación, ingresos de liquidación, seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI, siglas en inglés), ingresos de sobrevivientes, desempleo, beneficios de veteranos, programa de Work First Family, etc):

Tipo: _____	Ctd. mensual: _____	Recibido por: _____	Fecha de inicio: _____
Tipo: _____	Ctd. mensual: _____	Recibido por: _____	Fecha de inicio: _____
Tipo: _____	Ctd. mensual: _____	Recibido por: _____	Fecha de inicio: _____

¿Hay alguien en el hogar tiene alguno de los siguientes recursos o activos?

Activos realizables	Marque, si es afirmativo	Propietario(a)	Banco	Cantidad
Efectivo				
Cuenta de cheques				
Cuenta de ahorros				
Cuenta del mercado monetario				
401K/IRA				
Seguro de vida (plazo/conjunto)		Valor nominal	Valor en efectivo	
Stocks, CDs, Bonds				
Otro				

Personal Property	Mark, if yes	Propietario(a)	Tipo	Valor
Vehículo				
Vehículo				
Vehículo				
Casa móvil				
Motocicleta				
Residencia principal (Casa/Terreno)				
Bienes inmuebles adicionales				
Propiedad de alquiler				
Botes, autocaravanas, remolques				
Otro				

Con mi firma a continuación, certifico que la información anterior es una declaración precisa y completa de mi situación financiera actual, y doy mi permiso para verificar esta información. Comprendo que se me puede pedir que proporcione documentación de la información que figura en esta solicitud. Wake Forest Baptist Health se reserva el derecho de revertir un descuento registrado anteriormente si se determina que los recursos adicionales de terceros pagadores estaban disponibles o la información proporcionada era falsa.

Firmado por: _____ **Fecha:** _____

Parentesco con paciente: _____