



FORMULARIO FINANCIERO
Completar el frente y dorso de este formulario. Gracias.

COMPLETAR EL FORMULARIO Y ENVIARLO POR CORREO A: **NCH HEALTHCARE SYSTEM, INC.**
ATTN: NCH Business Center
P. O. BOX 27473
Salt Lake City, UT 84127-0473

NCH #158 Frente Revisado 9/10

Número(s) de cuenta			
Nombre del paciente (Apellido, Nombre e Inicial del Segundo Nombre)		Número de Seguro Social del paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento		Número de teléfono	
Años en esta dirección		Número de Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Alquilé (años)	(meses)	
Nombre del/de la: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre / Madre (Apellido, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre)		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de Nacimiento		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre	
Información del empleador del paciente		Información del empleador del cónyuge o del padre	
Nombre del empleador		Nombre del empleador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección del empleador		Dirección del empleador	
Número de teléfono del empleador		Número de teléfono del empleador	
Duración del empleo	Ocupación	Duración del empleo	Ocupación
¿Dueño de Empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Dueño de Empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la empresa		Nombre de la empresa	
¿Quién paga sus gastos si usted no tiene ningún ingreso?			
¿Presentó su declaración de impuestos este último año?			

Dependientes que viven en el hogar además de los enumerados arriba

Los hijos mayores de 18 años no deberían mencionarse a menos que se presenten registros escolares

Nombre del hijo	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Parentesco con el paciente
Otro:			

Información de ingresos				Ingreso Bruto Mensual	
Salario bruto mensual del paciente	\$	<input type="checkbox"/> O	por hora	\$	Horas trabajadas por semana
Salario bruto mensual del cónyuge	Salario bruto mensual del padre/madre	\$	<input type="checkbox"/> O	por hora	\$
Jubilación/Pensión mensual	\$				
Pensión del Seguro Social mensual	\$				
Beneficios mensuales por desempleo	\$				
Pensión alimenticia/Manutención infantil mensual	\$				
Ingresos mensuales por rentas	\$				
Intereses/Dividendos mensuales	\$				
Otros ingresos mensuales:	\$				
Sírvase proporcionar la siguiente información:				Ingreso bruto mensual total	\$

Se requiere una copia de su última declaración de impuestos (de la empresa e individual)

Dueño de Empresa

Empleado: Se requieren copias de sus tres (3) últimos talones de cheques de pago

Fecha en que comenzó el desempleo

Desempleado: Ingreso bruto mensual anterior al desempleo \$ _____

NCH #158 Dorso Revisado 9/10

Activos

SÍ NO

SALDO

¿Posee acciones o bonos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
¿Tiene una cuenta de cheques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
¿Tiene una cuenta de ahorro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
¿Tiene una cuenta de mercado monetario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
¿Es dueño de otra propiedad además de su residencia actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique direcciones abajo
Dirección _____	Dirección _____		
Ciudad, Estado y Código postal _____	Ciudad, Estado y Código Postal _____		
¿Posee automóvil(es) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos? _____			
_____	_____	_____	_____
Año	Marca/Modelo	Año	Marca/Modelo

Gastos mensuales

Pago mensual

Saldo ddeudado

Alquiler/Hipoteca (incluso impuestos y seguro)	\$	\$
Servicios públicos (electricidad, teléfono, agua, cloaca, cable)	\$	\$
Alimentos	\$	\$
Préstamo(s) para automóvil	\$	\$
Tarjeta(s) de crédito	Nombre de la empresa	
_____	_____	\$
_____	_____	\$
_____	_____	\$
_____	_____	\$
Cuentas médicas	Nombre del médico/proveedor	
_____	_____	\$
_____	_____	\$
Combustible para el automóvil		\$
Seguro del automóvil		\$
Seguro de salud		\$
Medicamentos		\$
Otros gastos mensuales		\$
_____		\$
_____		\$

Además, entiendo que de acuerdo con la Ley del Estado de la Florida número 817.50, proporcionar información falsa para cometer fraude contra un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios, es un delito menor de segundo grado. Estoy de acuerdo en reembolsar a NCH Healthcare System por cualquier ayuda recibida o cualquier recobro de fondos de otro pagador o por medio de derechos de subrogación.

X _____
Firma del paciente (si es menor, de la persona responsable y parentesco) _____ Fecha _____

X _____
Firma del garante (requerido) _____ Fecha _____

X _____
Firma del testigo (requerido) _____ Fecha _____