

**Declaración Confidencial de Información Financiera (solicitud)**

Nombre del paciente:	Fecha de servicio:
Número del paciente:	

**Parte responsable**

Nombre	Estado civil	Número de Seguro Social
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Hace cuánto que reside en esta dirección	Teléfono del hogar
Nombre y dirección del empleador		Teléfono laboral
Puesto/Cargo	Ingreso mensual - Bruto	Ingreso mensual - Neto
Hace cuánto que está en el empleo actual		

**Cónyuge**

Nombre	Número de Seguro Social	
Nombre y dirección del empleador	Teléfono laboral	
Puesto/Cargo	Ingreso mensual - Bruto \$	Ingreso mensual - Neto \$
Hace cuánto que está en el empleo actual		

**Dependientes**

Nombre y año de nacimiento de todos los dependientes del hogar	Número total de dependientes	¿Alguna otra persona aporta? (Sí/No)  Si la respuesta es Sí, monto: \$
--	------------------------------	---

**Ingresos por mes y bienes**

Dividendos, Intereses	\$	Manutención de niños/Cuota alimentaria	\$
Asistencia Pública/Cupones para Alimentos	\$	Ingreso de alquileres	\$
Seguro Social	\$	Subsidios	\$
Compensación a trabajadores	\$	IRA	\$
Ahorros	\$	Otro	\$

**Gastos por mes**

Hipoteca / Pago de alquiler	\$	¿Es propietario de su hogar? (Sí/No):
-----------------------------	----	---------------------------------------

Saldo de la hipoteca	\$		
Alimentos	\$	Médico / Dental	\$
Servicios públicos	\$	Médico - Nombre	\$
Electricidad	\$	Médico - Nombre	\$
Gas	\$	Médico - Nombre	\$
Agua / Alcantarillado	\$	Tarjetas de crédito	\$
Residuos	\$	Visa Límite	\$
Teléfono	\$	MasterCard Límite	\$
TV por cable	\$	Discover Límite	\$
Pagos automotor	\$	Otra Límite	\$
Gastos automotor	\$	Cuotas de préstamos	\$
Seguro	\$	Manutención de niños / Cuota alimentaria	\$
Seguro automotor	\$	Gastos varios	\$
Seguro de vida	\$		
Seguro médico	\$		
SOLO PARA USO DE LA OFICINA		A mi leal saber y atender, la información provista arriba es verdadera. Autorizo que el Hospital o su agente obtenga un Informe de la Oficina de Créditos para verificar mi situación financiera.	
Ingresos brutos _____			
Ingresos netos _____			
Gastos totales _____			
Ingresos netos totales/(pérdida) _____			
		_____	_____
		FIRMA	DEL PACIENTE/GARANTE
			FECHA