

Fecha de admisión: _____ HAR #: _____ # Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del paciente: _____ # Seguro Social: _____ Estado Civil: So C D Se V
 Dirección física: _____ Dirección de correspondencia: _____

COMPOSICIÓN DEL HOGAR (PERSONA/PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA)

NOMBRE (Apellido, nombre, segundo nombre)	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	INGRESO ANUAL

INFORMACIÓN DEL INGRESO ANUAL (EN LOS 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE ADMISIÓN)

#1 EMPLEADOR DEL PACIENTE/GARANTE (actual): _____ **DURACIÓN EN EL EMPLEO:** _____ **# Teléfono:** _____

Si lleva empleado(a) menos de 12 meses, debe completar la sección #2

Salario bruto: _____ Por hora Semanal Mensual Anual Número de horas por semana _____

¿Es usted dueño(a) del negocio?: Sí No En caso afirmativo, por favor proporcione sus Declaraciones de Impuestos personales y del negocio

#2 EMPLEADOR (previo/anterior): _____ **DURACIÓN EN EL EMPLEO:** _____ **# Teléfono:** _____

Salario bruto: _____ Por hora Semanal Mensual Anual Número de horas por semana _____

#3 EMPLEADOR DEL CÓNYUGE/PAREJA (actual): _____ **DURACIÓN EN EL EMPLEO:** _____ **# Teléfono:** _____

Si lleva empleado(a) menos de 12 meses, debe completar la sección #4

Salario bruto: _____ Por hora Semanal Mensual Anual Número de horas por semana _____

¿Es usted dueño(a) del negocio?: Sí No En caso afirmativo, por favor proporcione sus Declaraciones de Impuestos personales y del negocio

#4 EMPLEADOR (previo/anterior): _____ **DURACIÓN EN EL EMPLEO:** _____ **# Teléfono:** _____

Salario bruto: _____ Por hora Semanal Mensual Anual Número de horas por semana _____

Beneficios de jubilación: Sí No Cantidad \$: _____ Desempleo: Sí No Cantidad \$: _____

Beneficios de discapacidad: Sí No Cantidad \$: _____ Ingresos por rentas: Sí No Cantidad \$: _____

Otros ingresos al hogar Sí No Cantidad \$: _____ Beneficios del Seguro Social: Sí No Cantidad \$: _____

¿Administración de Veteranos (VA)? Sí No Cantidad \$: _____ ¿Cuenta individual de retiro (IRA)? Sí No Cantidad \$: _____

INFORMACIÓN SOBRE SUS BIENES

Nombre del Banco: _____ Cheques: \$ _____ Ahorros: \$ _____ Mercado Monetario: \$ _____

¿Acciones? Sí No \$ _____ ¿Bonos? Sí No \$ _____ Certificado de Depósito (CD) \$ _____

Casa: ¿Propia? Sí No La renta: _____ La está comprando: _____ ¿Cuánto es el pago mensual? \$ _____

¿Es dueño(a) de alguna propiedad?: En caso afirmativo, ¿cuál es la ubicación? _____

Vehículo 1 Año: _____ Marca: _____ Saldo que adeuda o pago mensual: \$ _____

Vehículo 2 Año: _____ Marca: _____ Saldo que adeuda o pago mensual: \$ _____

Vehículo 3 Año: _____ Marca: _____ Saldo que adeuda o pago mensual: \$ _____

CUESTIONARIO DE MEDICAID/CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (ACA, por sus siglas en inglés)

Alguna vez ha solicitado Medicaid/ACA? Sí No ¿Cuándo?: _____ ¿Dónde?: _____

Comentarios: _____

EL INGRESO BRUTO COMBINADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 (DOCE) MESES HA SIDO \$ _____ Y HAY _____ (# DE)

PERSONAS EN MI FAMILIA. LA INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS PUEDE SER VERIFICADA LLAMANDO A LOS EMPLEADORES ARRIBA INDICADOS. ADEMÁS, COMPRENDO QUE CONFORME A LOS ESTATUTOS 817.50 DE FLORIDA, EL ACTO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PARA DEFRAUDAR A UN HOSPITAL CON EL PROPÓSITO DE OBTENER BIENES O SERVICIOS ES UN DELITO MENOR EN SEGUNDO GRADO. ADEMÁS, POR MEDIO DE LA PRESENTE EL/LA ABAJO FIRMANTE OTORGA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE EL HOSPITAL INVESTIGUE SU HISTORIAL CREDITICIO EN CONFORMIDAD CON LAS NECESIDADES EMPRESARIALES LEGÍTIMAS Y LAS LEYES, NORMAS Y REGLAMENTOS APLICABLES.

EN LA EVENTUALIDAD DE QUE LLEGUEN A ESTAR DISPONIBLES BIENES O UN PAGO, EL SISTEMA DE SALUD LEE (EN INGLÉS LEE HEALTH) SE RESERVA EL DERECHO DE REVERTIR EL AJUSTE ORIGINAL.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, contáctenos al 239-424-1500 ó al 800-809-9906

Firma del paciente/garante

Fecha

Firma del testigo

Firma del cónyuge

Fecha