

ESTADO FINANCIERO

PARA USO DEL HOSPITAL SOLAMENTE

Nombre del Paciente: _____ **Cuenta#** _____ **Fecha de Servicio:** _____

Garante o esposo - Nombre: _____ **¿Parentesco?** _____

Empleador : _____ **Seguro Social #:** _____ **¿Cuántos de familia?** _____

¿Cuánto tiempo empleado ? _____ **¿Salario Mensual en Bruto?** _____ **Si desempleado, ¿cuánto tiempo?** _____

Nombre del Esposo (a) _____ **Empleador:** _____

¿Cuánto tiempo empleado? _____ **¿Salario Mensual en Bruto?** _____ **Si desempleado, ¿cuánto tiempo?** _____

Nombre y dirección del pariente más cercano que no viva con Ud.: _____ **Parentesco?** _____

Nombre: _____ **Domicilio:** _____ **Ciudad** _____

Estado: _____ **Area:** _____ **Número de Teléfono:** _____

Ingresos de todo tipo, incluyendo manutención de menores, Pensión SSI, etc., indique de dónde provienen y a cuánto llegan sus ingresos: _____

Gastos médicos incurridos durante los últimos doce (12) meses (pagos y lo que debe).

Doctor/Hospital Incluya la dirección	Cargo Total	Pago Mensual	Saldo a Pagar

	VALOR	SALDO	PAGO MENSUAL
¿A quién le paga su casa? Saldo al Comprarla\$ _____			
¿A quién le paga su renta? Cantidad de deposito\$ _____			
Auto's Modelo Año Derecho de retención			
1. _____			
2. _____			
Otros Bienes (describir)			
Pensión alimenticia/Manutención de menores			

¿Alguna vez le han hecho una reposición? Sí o No **¿Ha declarado bancarota? Sí o No** **Fecha** _____

Ubicación de cuenta de ahorros _____ **Saldo \$** _____

Ubicación de cuenta corriente _____ **Saldo \$** _____

Referencias: _____

Anotaciones Especiales: _____

Por la presente certifico que esta declaración de mi Estado Financiero, especifica todas mis obligaciones financieras en forma completa y correcta y ha sido hecha con la intención de que, basándose en ella, se me conceda un crédito. De todas formas, esta solicitud pasará a ser de su propiedad. Yo autorizo a Yuma Regional Medical Center para que obtenga toda información que necesite con respecto a las declaraciones que he hecho en esta solicitud. Y además, acuerdo informar, inmediatamente y por escrito en caso de que ocurran cambios en mi estado financiero, también entiendo y estoy de acuerdo en que esta declaración de mi estado financiero sea divulgada a toda agencia gubernamental que pueda ser responsable del pago total o parcial de la cuenta del paciente.

Firma de la Parte Responsable

Fecha

Firma del Testigo