



ERNEST
HEALTH, INC.

EVALUACIÓN FINANCIERA

Fecha: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de admisión: _____

Número de cuenta _____ Remitido desde _____

Diagnóstico al momento de admisión: _____

I Reembolso posible

Víctima de un delito

Medicare

Medicaid

Accidente con responsabilidad de terceros

Seguro

Indemnización por accidente laboral

Solicitud de caridad

Pago particular

Otra:

II Actualización de la información demográfica

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Números de teléfono: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Número de seguro social (SSN): _____

III Contratos adicionales

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Números de teléfono _____

IV Información laboral

Nombre del empleador _____

Dirección _____

Número de teléfono _____ Fecha de contratación _____

Fecha de finalización _____

Cobertura de seguro Sí No

En caso de finalización, ¿sigue teniendo la cobertura por medio de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)? _____

V Información sobre el seguro

Enumere todas las prestaciones del seguro, ya sean primarias, secundarias o si se trata de una responsabilidad de terceros.

1. Nombre del seguro _____
Dirección _____
Número de teléfono _____ Contacto _____
2. Nombre del abonado _____
SSN _____ Relación _____
3. Número de póliza o número de grupo _____
Número de Medicare o Medicaid _____
4. Fecha de entrada en vigor _____
5. Precertificación obligatoria _____ Enfermedades preexistentes _____

VI Víctima de un delito

1. Hospitalizado por delito violento (sin participación en actividades ilegales)
 Sí No
2. ¿Se hizo un informe policial? Sí No
Ciudad _____ Condado _____
3. Fecha del incidente _____
Ubicación _____

VII Responsabilidad de terceros por accidente de tráfico

1. Fecha y hora del accidente _____
Ubicación _____
Ciudad y condado _____
2. ¿Fue el accidente culpa de otra persona que no fuera el paciente o la persona responsable? _____
 - a. Conductor: _____
 - b. Propietarios: _____
 - c. Citaciones recibidas: _____
 - d. Dirección y teléfono del conductor: _____

 - e. d. Dirección y teléfono del propietario: _____

3. Cobertura de seguro: _____
 Número de póliza: _____
 Número de teléfono de la compañía de seguros: _____
4. ¿Ha presentado el paciente una demanda o tiene previsto presentar una demanda? Sí No
5. Nombre, dirección y teléfono del abogado: _____

6. ¿Tiene el paciente seguro de automóvil? Sí No
 A. Nombre de la compañía de seguro: _____
 B. Número de póliza: _____
 C. Agente: _____
 D. Dirección y teléfono: _____

VIII Indemnización por accidente laboral

Hospitalización por lesión o enfermedad causada por el trabajo

1. ¿El paciente sigue trabajando para el mismo empleador? Sí No
2. Nombre y dirección del empleador: _____

3. ¿Se verificó la cobertura? _____
4. ¿Ha presentado una solicitud de indemnización por accidente laboral?
 Sí No En caso afirmativo, indique la fecha de presentación:

5. Nombre, dirección y teléfono del abogado: _____

IX Información sobre los ingresos del grupo familiar

Indique todos los miembros de la familia que viven en el hogar

	Nombre	Relación	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS	FUENTE
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____	_____



SOLICITUD DE ASISTENCIA POR DIFICULTADES ECONÓMICAS

Se adjunta un Formulario de declaración de información financiera que debe rellenarlo para determinar si reúne los requisitos para la exención por dificultades económicas. Debe rellenar por completo el Formulario de declaración de información financiera y adjuntar toda la verificación de la información antes de que se pueda tomar una decisión sobre su situación económica final.

Se revisará entonces la declaración de información financiera y se tomará una determinación, es posible que se ayude con la totalidad o un porcentaje de los gastos ocasionados si se aprueba.

En ERNEST HEALTH, se archivarán todos los seguros, el Medicare y la responsabilidad civil. Si cumple los requisitos de alguno de los programas financiados por el estado, facilite información sobre el estado de su solicitud. La declaración de información financiera y la solicitud de asistencia por dificultades económicas se usan SOLO como último recurso.

El Formulario de declaración de información financiera solo estará vigente para las fechas de servicio que se estén prestando en ese momento. (No garantiza una cobertura indefinida).

De todas formas, después de tener futuras conversaciones con usted sobre su situación, es posible que el proveedor determine que su situación económica ha mejorado lo suficiente como para anular la exención por dificultades económicas y, por tanto, exigirle el pago de los gastos ocasionados.

ESTA SOLICITUD NO SE APLICA A LA FACTURACIÓN DE LOS MÉDICOS, DEBE PONERSE EN CONTACTO CON EL MÉDICO RESPECTIVO PARA LLEGAR A UN ACUERDO DE PAGO DE SU FACTURA.

Al firmar a continuación y enviar el Formulario de declaración de información financiera, acepta, a su leal saber y entender, que la información incluida en el presente documento es correcta.

Firma del solicitante

Fecha

Aprobado: _____ Sí _____ No

Aprobado o no aprobado por:

(Director Financiero [CFO] o Director General [CEO])

Fecha

Importe aprobado: _____ Saldo pendiente (si lo hubiera): _____



ERNEST
HEALTH, INC.

Formulario de declaración de información financiera

Nombre del paciente _____

Dirección, ciudad, estado, código postal _____

Persona responsable _____

Dirección, ciudad, estado, código postal _____

¿Cuánto tiempo lleva en esta dirección? _____

Obligaciones mensuales:

Hipoteca o renta \$ _____ 1^{er} titular de la hipoteca _____ 2^{do} titular de la hipoteca _____

Cuota de condominio \$ _____

Precio promedio de la factura de electricidad o gas \$ _____

Precio promedio de la factura telefónica \$ _____

Precio promedio de la factura de agua \$ _____

Costos del seguro \$ _____

Pagos del vehículo \$ _____

Precio promedio de los gastos de la comida \$ _____

Tarjetas de crédito (desglosar por tipo):

Manutención de menores _____

Cuota alimentaria _____

Otros gastos médicos o dentales _____

Otros gastos _____

Total de gastos: _____

Ingresos:

Su empleador: _____ Ingreso mensual: _____ (Antes de pagar impuestos)

Empleador del cónyuge: _____ Ingreso mensual: _____ (Antes de pagar impuestos)

(Adjunte copias de los recibos de pago de los dos últimos meses)

Ingreso mensual por manutención de menores o cuota alimentaria: _____ Otros ingresos: _____

Total de ingresos mensuales: _____

Saldo de la cuenta de ahorro: _____ Saldo de la cooperativa de crédito: _____

Importe que el paciente considera que puede pagar por los servicios cada mes \$ _____

La información anterior es confidencial.

Fecha _____

Firma del paciente o de la persona responsable _____

Saldo estimado del paciente después de pagar el seguro: _____ Se aprueba la cuenta para: _____

Observaciones: _____

Gerente de Cuentas de Pacientes: _____

Fecha: _____

Gerente de la Oficina Comercial: _____

Fecha: _____

CFO o CEO _____

Fecha: _____