

Nombre del Paciente _____	OFICINA _____ DOS _____
Número del Paciente _____	DECLARACION CONFIDENCIAL DE ESTADO FINANCIERO

PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____	Estado Civil _____	Número de Seguro Social _____	
Dirección, ciudad, estado, código postal _____	¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____	Teléfono de su domicilio _____	
Nombre y dirección de su empleador (Si está desempleado, ¿por cuánto tiempo?) _____	Teléfono de su trabajo _____		
Empleo/Puesto _____	Ingreso mensual-Bruto _____	Ingreso mensual-Neto _____	Tiempo en su empleo actual _____

ESPOSA/ESPOSO

Nombre _____	Número de Seguro Social _____		
Nombre y dirección del empleador _____	Teléfono de su trabajo _____		
Empleo/Cargo _____	Ingreso mensual-Bruto _____	Ingreso mensual-Neto _____	Tiempo en su empleo actual _____

DEPENDIENTES

Nombre y año de nacimiento de todos los dependientes que viven en su casa _____	Número total de dependientes que viven en su casa: _____	¿Alguna otra persona contribuye? Si la respuesta es sí, ¿con qué cantidad? : Sí/No _____ Cantidad _____
---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INGRESO MENSUAL Y ACTIVOS

Dividendos, Intereses \$ _____	Manutención para hijos menores/esposa \$ _____
Ayuda pública/Cupones de alimentos \$ _____	Ingreso por alquileres \$ _____
Seguro social \$ _____	Acciones, bonos \$ _____
Compensación por desempleo \$ _____	Subvenciones (<i>grants</i>) \$ _____
Compensación por accidente de trabajo \$ _____	Cuenta de jubilación individual (<i>IRA</i>) \$ _____
Ahorros \$ _____	Otros inmuebles, sin incluir a su vivienda \$ _____

GASTOS MENSUALES

Pagos de hipoteca/alquiler Saldo \$ _____	Gastos médicos/dentales \$ _____
¿Es propietario de su vivienda? (Sí/No) :	
Alimentos \$ _____	Doctor-Nombre _____
Servicios públicos: \$ _____	Doctor-Nombre _____
Electricidad \$ _____	Doctor-Nombre _____
Gas \$ _____	Tarjetas de crédito:
Agua-Alcantarillado \$ _____	Visa \$ _____ Límite \$ _____
Recolección de basura \$ _____	Mastercard \$ _____ Límite \$ _____
Teléfono \$ _____	Discover \$ _____ Límite \$ _____
Cable \$ _____	Otras \$ _____ Límite \$ _____
Pago de vehículos \$ _____	Préstamos a plazo \$ _____
Gasto de vehículos \$ _____	Manutención para hijos menores \$ _____
Seguro : \$ _____	Gastos misceláneos \$ _____
Prima de vehículos \$ _____	
Seguro de vida \$ _____	
Seguro médico \$ _____	

SOLO PARA USO DE LA OFICINA	Hasta donde me es posible saber, la información arriba proporcionada es correcta. Autorizo al Hospital o a su representante, para que obtengan un reporte de crédito para la verificación de mi situación financiera.
Ingresos brutos _____	
Ingresos netos _____	
Total de gastos _____	

Ingreso neto total (pérdida) _____

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

FECHA