

INFORMACIÓN ECONÓMICA DE PACIENTE

Patient ID #: _____

1. NOMBRE COMPLETO: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

2. ¿Ud. vive: Solo/a o con: Padres Esposo/a Pareja Hijos Compañeros de casa Otro: _____

3. FAVOR CONTESTE LA SECCIÓN DE PREGUNTAS APROPIADA :

A. PARA ALUMNOS DE LA SECUNDARIA:

¿Sus padres apoyan su visita aquí? No Sí Si le apoyan, ¿cuál es el ingreso mensual de su familia? \$ _____

¿Cuántas personas viven de este ingreso? ____ ¿Ud. trabaja? No Sí Si trabaja, ¿cuánto gana a la semana? \$ _____

B. PARA ALUMNOS UNIVERSITARIOS: ¿Ud. vive en su casa o en la universidad? Casa Universidad

¿Ud. trabaja? No Sí Si trabaja, ¿cuánto gana a la semana?? \$ _____

¿Cuánto dinero tiene a la semana para gastos personales? \$ _____ (Sin incluir alquiler, comestibles u otros gastos regulares.)

C. PARA PACIENTES QUE NO ESTUDIAN: Denos su ingreso MENSUAL BRUTO (bruto = antes de pagar impuestos, deducciones y gastos).

\$ _____ Sus ganancias de empleo

\$ _____ Ganancias de su esposo/a, pareja o padres

\$ _____ Pensión/mantenimiento de hijos que Ud. recibe

\$ _____ Otro ingreso: Desempleo Ayuda Pública Incapacidad Seguro Social Otro _____

\$ _____ Ingreso regular y/o interés de fondos feduciarios, dividendos de acciones, u otras inversiones.

\$ _____ TOTAL MENSUAL ¿Cuántas personas viven de este ingreso? _____

Si no tiene ingreso, ¿cómo paga su alquiler, comestibles, luz, y otros gastos? _____

4. En los últimos dos años ¿ha estado embarazada y recibido Medicaid? No Sí (si indicó que sí, posiblemente tenga derecho a servicios gratis.)

5. POR FAVOR INDIQUE CUAL LE PERTIENE:

- Tengo seguro médico.** Entiendo que tengo que mostrar mi tarjeta cada vez que me presento para una cita médica. Si quiero recibir servicios confidenciales, entiendo que tengo que firmar un documento de renuncia para que mi seguro no sea cobrado.

SEGURO PRIMARIO: _____ # de la póliza : _____ #: de grupo _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de seguro social: _____

Empleador del titular de la póliza : _____ Su relación con el titular de la póliza: Sí mismo/a Esposo/a Hijo/a Otro: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ # de la póliza : _____ #: de grupo _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de seguro social: _____

Empleador del titular de la póliza : _____ Su relación con el titular de la póliza: Sí mismo/a Esposo/a Hijo/a Otro: _____

- Tengo Medicaid.** Entiendo que tengo que mostrar mi tarjeta cada vez que me presento para citas médicas o cuando recojo anticonceptivos.

- Yo mismo/a pagaré la cuenta.** Entiendo que el pago se requiere en el momento de la cita. También entiendo que posiblemente tenga derecho a un descuento en los cobros.

6. POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE Y FIRME EN EL ESPACIO DE ABAJO:

- Entiendo que soy responsable para todos los cobros, incluso copagos, deducibles, y/o servicios no cubiertos, y que se espera que el pago sea puntual.
- Entiendo que los servicios que recibo de Planned Parenthood of the Southern Finger Lakes que serán pagados por un tercero pueden aparecer en una declaración de beneficios mandada al titular de la póliza.
- Doy permiso que cualquier información sea suelta a mi compañía de seguro si la piden para pago de servicios.
- Autorizo el pago de todos los beneficios médicos / quirúrgicos, incluido los beneficios médicos mayores a los cuales tengo derecho, incluso seguro privado y cualquier otros planes de salud, a Planned Parenthood of the Southern Finger Lakes.
- Esta orden permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mi por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como la original.

Firma de paciente: _____ Fecha: ____/____/____

For office use only:

Self Pay Scale: _____ Date ____/____/____ Initials: _____ Comments: _____

Self Pay Scale: _____ Date ____/____/____ Initials: _____ Comments: _____