



BAPTIST HOSPITAL OF MIAMI • SOUTH MIAMI HOSPITAL • DOCTORS HOSPITAL  
 APTIST CHILDREN'S HOSPITAL • HOMESTEAD HOSPITAL • MARINERS HOSPITAL  
 BAPTIST OUTPATIENT SERVICES • BAPTIST CARDIAC & VASCULAR INSTITUTE

- Baptist Hospital
- South Miami Hospital
- Doctors Hospital
- Homestead Hospital
- Mariners Hospital

# Evaluación Financiera y Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Apellido de casada anterior \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, complete la presente evaluación financiera utilizando el nombre/los nombres de tutor/padres: \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cuanto hace que vive en esta dirección? \_\_\_\_\_  
*(Si hace menos de un año, de su dirección anterior)*

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de dependientes \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Pariente o tutor más cercano \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## Miembros de la familia:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Ocupación	Dirección del Empleador	Salario
#1					\$
#2					\$
#3					\$
#4					\$
#5					\$
#6					\$

## Recursos Financieros

**Sección 1 – INGRESOS:** Ocupación del paciente \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

Salario bruto \$ \_\_\_\_\_

Años de empleo \_\_\_\_\_  
*(Si hace menos de un año, anote empleador previo)*

Ocupación del cónyuge \_\_\_\_\_ Salario bruto \$ \_\_\_\_\_

Años de empleo \_\_\_\_\_  
*(Si hace menos de un año, anote empleador previo)*

<b>Otros ingresos:</b>	Pensión de veterano	\$ _____	Compensación por desempleo	\$ _____
Entradas Suplementarias de Seguridad	Seguro Social	\$ _____	Ingresos de intereses	\$ _____
Asistencia por edad avanzada	Seguro Social-Discapacitado	\$ _____	Acciones/	
Letras de cambio		\$ _____		
Asistencia al discapacitado	Alquiler (ingreso)	\$ _____	Dividendos	\$ _____
Inversiones	Asistencia al ciego	\$ _____	Certificados de depósito	\$ _____
Asistencia a hijos dependientes	Asistencia por divorcio	\$ _____	Otros (Especificar)	\$ _____
Asistencia Publica del Condado de Dade	\$ _____	Asistencia por hijo	\$ _____	
Pensión	Compensación laboral	\$ _____	<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>

No de S.S. \_\_\_\_\_ No de serie V.A. \_\_\_\_\_ No de Medicaid \_\_\_\_\_

**Sección 2 – PROPIEDAD:** Valor tasado actual de su casa \$ \_\_\_\_\_ Saldo adeudado \$ \_\_\_\_\_

Compañía hipotecaria \_\_\_\_\_ Cuota mensual \_\_\_\_\_

Otra propiedad (tal como condominio, townhouse, segundo hogar, tierras, propiedades generadoras de ingresos) \_\_\_\_\_

Valor tasado actual \$ \_\_\_\_\_ Saldo adeudado \$ \_\_\_\_\_ Cuota mensual \$ \_\_\_\_\_

## Sección 3 – AHORROS:

AHORROS: Banco \_\_\_\_\_ Cuenta No \_\_\_\_\_ Saldo \$ \_\_\_\_\_

CUENTA CORRIENTE: Banco \_\_\_\_\_ Cuenta No \_\_\_\_\_ Saldo \$ \_\_\_\_\_

UNION CREDITICIA: Bank \_\_\_\_\_ Cuenta No \_\_\_\_\_ Saldo \$ \_\_\_\_\_

# Evaluación Financiera y Solicitud de Asistencia Financiera

**Sección 4 – ¿LA HOSPITALIZACION SE PRODUJO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE?:**  Sí  No

Si respondió Si, ¿tiene abogado?  Sí  No Si respondió Si... Nombre del mismo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## Sección 5 - AUTOMÓVIL:

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Valor \$ \_\_\_\_\_ Saldo adeudado \$ \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Póliza No \_\_\_\_\_

## Sección 6 - OTRAS PROPIEDADES PERSONALES: (Tales como vehículos motorizados, botes, equipamientos de oficina)

Lista donde se declara el valor actual y todo saldo adeudado: \_\_\_\_\_

## Sección 7 - SEGURO:

Hospitalización \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_ Grupo N° \_\_\_\_\_

Hospitalización suplementaria \_\_\_\_\_ Compañía de seguro de vida \_\_\_\_\_

Valor de la póliza \$ \_\_\_\_\_ Beneficiario \_\_\_\_\_ Enfermedad y Accidente \_\_\_\_\_

## Sección 8 - GASTOS MENSUALES: (Incluya pagos en cuotas)

Hipoteca/Alquiler	\$ _____	Impuestos Inmobiliarios	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Electricidad	\$ _____
Alimentos	\$ _____	Otros servicios	\$ _____
Seguro de automóvil	\$ _____	Vestimenta	\$ _____
Primas médicas	\$ _____	Gastos del automóvil (gasolina, etc.)	\$ _____
Medicamentos	\$ _____	Gastos varios (Especifique)	\$ _____

## Sección 9-ENUMERE CUALQUIER OTRA DEUDA PENDIENTE: (Tarjetas de crédito, prestamos, cuentas de hospital/medico, etc.)

Compañía	Saldo adeudado	Cuota mensual
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

Total Gastos \$ \_\_\_\_\_ Total Ingresos \$ \_\_\_\_\_

Considerando que Baptist Health South Florida confía en las declaraciones hechas en la presente, los que abajo firman acuerdan que en el caso de cualquier omisión material declaración falsa o tergiversación de cualquier información requerida en la presente declaración, los mismos serán conjunta e individualmente responsables de los cargos de todos los bienes, servicios y tratamientos brindados al paciente por Baptist Health South Florida, o sus entidades afiliadas, ya que los mismos sean retirados o tratados como caridad, beneficencia o deuda incobrable, y acuerdan además que serán conjunta e individualmente responsables de los honorarios del abogado y de las costas incurridas por Baptist Health South Florida en exigir el cumplimiento del acuerdo.

## NOTIFICACIÓN

Los que abajo firman reconocen que la Sección 817.50 de los Estatutos de Florida establece que cualquiera que deliberadamente y con intención de fraude, obtiene o intenta obtener bienes, productos o servicios de cualquier hospital en este estado será culpable de delito menor en segundo grado.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA OTRO QUE NO SEA EL PACIENTE (DECLARE RELACION)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

LA FIRMA DEBE SER ATESTIGUADA