



Aplicación de Escala Mínima

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Chart Number _____
Mes Dia Año

El programa de escala mínima se le ofrece a nuestros pacientes en orden de ayudarlos a pagar su cuenta, aunque tengan
seguranza ó no. Si le gustaria llenar la siguiente información estaremos feliz de decirle si usted cualifica para este
programa.

Por favor apunte todos los miembros de familia que viven en su casa los cuales usted es el responsbale de pagar sus
cuentas ó cuidado médico.

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Número de personas empleadas en su casa? _____

Empleador _____ Estatus de Pago () Semanal () DosSemanas () Mensual
Sueldo _____

Empleador _____ Estatus de Pago () Semanal () DosSemanas () Mensual
Sueldo _____

Otro ingreso mensual recibido por usted ó su dependiente(s): SSI \$ _____, Soporte de Niños \$ _____,
Incapacidad \$ _____, Desempleo \$ _____, Otro \$ _____, Otro \$ _____.

¿Usted tiene algún tipo de seguro privado? _____

Goshen Medical Center, Inc. le comprará a su seguro por usted. Pagos del seguro serán aplicados hacia el cobro total del
paciente ántes del ajuste de escala mínima. Pacientes recibirán reembolso por cualquier cantidad que sea más del total de
cobros.

¿Usted tiene problemas economicos (medicos ó otros) cuáles usted siente afectarán su capacidad de cumplir cón sus
obligaciones? _____

Yo certifico que las declaraciones anterior son verdad y corecta como se las he dado a GMC, Inc. por el proposito de
ajustar descuentos a mi cuenta. Yo entiendo que falcificación de esta información puede cancelar cualquier descuento
dado. Yo autorizo a Goshen Medical Center, Inc. para contactar personas/empleadores nombrados en ésta aplicación para
propositos de verificación.

_____/_____/____
Firma del Apicante Fecha

_____/_____/____ Date Date
GMC, Inc Staff GMC, Inc Staff

Yo escojo declinar la aplicación de escala minima _____
Firma del Paciente o Guardian si es menor Fecha REV4/2009