



MCHC HEALTH CENTERS

A, B, C, D or E
Expires:

Evaluación Financiera del Paciente

Plan de Pagos Escala Móvil Cuenta # _____

Centro de Salud Hillside Centro de Salud Lakeview Centro de Salud Little Lake

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social de Paciente: _____

Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

POR FAVOR ANOTE A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR – CONYUGE E HIJOS MENORES DE 18 AÑOS – POR QUIENES USTED ES RESPONSABLE FINANCIERAMENTE

Nombre

Fecha de Nacimiento

1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

Yo/Nosotros declaramos que el ingreso bruto de nuestro hogar es: \$ _____

Plan de Pagos

Cantidad \$ _____	Pago inicial	\$ _____
	Pago mensual	\$ _____

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por el tratamiento que recibo. También declaro, bajo pena de cometer perjurio, que las respuestas y los documentos que he proporcionado son correctos y verdaderos a mi mejor saber. Yo entiendo que se requiere efectuar el pago en el momento del servicio y, que si los pagos no se hacen oportunamente, el saldo pendiente de pago será enviado a una agencia de cobranza.

Pacientes que cuentan con una escala móvil y necesitan servicios de diagnóstico: Yo autorizo a MCHC a divulgar esta información a otro proveedor de atención de salud para poder calificar para su programa de atención de beneficencia para las pruebas de diagnóstico ordenadas por los proveedores de MCHC.

Firma del Paciente	Representante de Servicios Financieros	Fecha
--------------------	--	-------



MCHC HEALTH CENTERS

A, B, C, D or E
Expires:

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Por este conducto autorizo al defensor del paciente _____, un representante de Mendocino Community Health Clinic, Inc. (MCHC), a ayudarme con mi solicitud para Medi/Cal / CMSP / Covered California. Esto incluye hacer la cita de admisión y llenar los formularios (Incluyendo la Solicitud MC 210 Medi-Cal) y recopilar los comprobantes necesarios para establecer mi elegibilidad para recibir cobertura médica. El Departamento de Servicios Sociales está autorizado a compartir otra información confidencial relacionada con mi elegibilidad para Medi-Cal con el Representante Clínico designado, a excepción de lo siguiente:

(A ser llenado por el cliente en caso que existan restricciones a la información que puede ser compartida.)

Yo entiendo que cualquier información proporcionada a la clínica no será compartida con nadie más sin mi consentimiento por escrito.

Firma

Fecha