



### 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