

**Información del paciente**

Nombre del paciente: <i>(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)</i>			Número de cuenta:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	¿Es ésta la primera visita de este paciente al consultorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia/Raza: Seleccione
Domicilio (calle):			Número de teléfono fijo:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Dirección de correo electrónico:

**Información financiera**

Nombre del empleador:		Estado laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado	
Dirección del empleador:		Ocupación:	
Miembros de la familia con los que convive: <input type="checkbox"/> Adultos _____ <input type="checkbox"/> Niños _____ Total: _____		Número de teléfono del trabajo:	
¿Hay otro responsable del pago? <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Pago propio <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>Ingreso del hogar</b>	<i>Mensual</i>	<b>Gastos</b>	<i>Mensual</i>
Salario (propio)*		Hipoteca/renta*	
Salario (cónyuge)*		Servicios (electricidad, gas)	
Salario (otro familiar)*		Teléfono	
Empleo por cuenta propia		Alimentos	
Otro:		Préstamo:	
Otro:		Préstamo:	
<b>TOTAL:</b>		<b>TOTAL:</b>	
*En caso de seleccionar NINGUNO ¿cómo se cubren los gastos de vivienda, alimentos y servicios?			

**Información sobre el tipo de servicios**

Fecha(s) del servicio:	Cargos totales sobre la cuenta:	Tipo del servicio: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Departamento de emergencias	
Motivo de los servicios: <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Lesión en el trabajo <input type="checkbox"/> Accidente		Fecha de la lesión:	Estado de la lesión:
Describa los servicios recibidos:			

**Declaración del paciente/garante**

- Declaro, bajo pena de perjurio, que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender.
- Comprendo que el Howard University Hospital tiene prohibido por ley divulgar esta información.
- Asimismo, acepto reembolsar al Howard University Hospital por recibir los servicios de atención de salud a causa de un accidente o lesión mediante una asignación de los fondos que reciba por litigio o arreglo extrajudicial que surja de tal acto.
- Comprendo que se me facturará cualquier saldo restante una vez aplicado el descuento a la cuenta señalada. Si no fuera capaz de pagar este saldo por completo dentro de los 30 días de la recepción de la factura con descuento, me comunicaré con la oficina del Programa de ayuda financiera HUH para realizar los acuerdos relativos a un plan de pagos.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_

Fecha

**Para uso EXCLUSIVO del Programa de ayuda financiera**
 Acceso del paciente/Servicios de elegibilidad

 Cuentas del paciente

Solicitud provista en:

- 
- Registro (PACS-OP)
- 
- 
- Admisión (DECO-IP)

- 
- Enviado por correo a PT (PACT)
- 
- 
- Recibido por PT (PACT)

el: \_\_\_\_\_  
Fecha

Solicitud completa recibida por:

\_\_\_\_\_

Nombre

el: \_\_\_\_\_  
Fecha

**Etapa 1: Determinación de la responsabilidad del paciente:**

Ingreso total del hogar:	Gastos totales:		Ingreso del hogar modificado:	Miembros de la familia con los que convive:
	( - )	( = )		

**Etapa 2: Determinación de la responsabilidad del paciente:**

Ingreso del hogar modificado:	% de Responsabilidad de PT:		Nueva Responsabilidad de PT:	% de Nivel de pobreza:
	( x )	( = )		

**Etapa 3: Adaptaciones y notificaciones**

Cuenta adaptada para:	Nuevo saldo de cuenta:
\$	\$

Carta de notificación enviada el: \_\_\_\_\_  
Fecha

Solicitud procesada por:

\_\_\_\_\_

Nombre

el: \_\_\_\_\_  
Fecha

Correspondencia puede ser enviada por correo a:  
 Howard University Hospital  
 Servicios Financieros de Pacientes  
 2041 Georgia Ave, N.W. 2<sup>do</sup> piso- Cuarto #2062  
 Washington, DC 20060

## Información de ayuda financiera

---

**HOWARD UNIVERSITY HOSPITAL** se compromete a brindar, dentro de los límites de sus recursos, ayuda financiera para los servicios médicamente necesarios para pacientes que carezcan de los medios para pagar tales servicios.

La base para la ayuda financiera se establecerá por medio de la documentación de identificación personal y la información financiera que proporcione el paciente, acompañadas de la documentación de respaldo, como ingreso(s) anual(es) de la familia, tamaño de la familia y gastos básicos de manutención.

### **Criterios para el Programa de ayuda financiera HUH:**

1. Todos los pacientes sin seguro que se presenten en el Howard University Hospital para recibir una atención médicamente necesaria.
2. Todos los pacientes asegurados que se presenten en el Howard University Hospital que no puedan cubrir sus obligaciones financieras conforme a su plan de salud para el cuidado médicamente necesario.

**APLICA PARA:** Pacientes que reciban servicios médicamente necesarios en el Howard University Hospital que no estén asegurados, cuyos gastos de bolsillo sean considerados "catastróficos", o que no califiquen para los programas federales, estatales o locales.

**CUBRE:** Los servicios médicos que sean necesarios para mantenerse con vida o saludable.

**NO CUBRE:** Tratamiento(s) médico(s) por motivos cosméticos o de conveniencia y procedimientos quirúrgicos electivos. El presente Programa de ayuda financiera no cubre honorarios profesionales/médicos que sean facturados por separado.

**Para obtener más información**, cuando se registre para la admisión o para servicios ambulatorios, solicite la Política de ayuda financiera del Howard University Hospital o visite el sitio web [www.huosp.org](http://www.huosp.org).



## **Listado de documentación para el Programa de ayuda financiera HUH**

Los elementos marcados son necesarios para procesar su solicitud:

- Declaración fiscal del año previo o
- Boletas de pago actuales
- Certificación escrita del salario por el empleador
- Carta de desempleo
- Cheque del Seguro Social/por discapacidad
- Estados de cuenta bancarios más recientes
- Carta de elegibilidad para la ayuda en efectivo
- Arrendamiento, recibo hipotecario o carta de residencia en la que se explique cuánto paga de alquiler y si contribuye con algún servicio
- Facturas de servicios, en caso de que pague servicios que se encuentran a su nombre
- Identificación personal con fotografía (obligatoria para todos los solicitantes)
- Todas las partes de la Solicitud deben ser comprobables

**Correspondencia puede ser enviada por correo a:  
Howard University Hospital  
Servicios Financieros de Pacientes  
2041 Georgia Ave, N.W. 2<sup>ndo</sup> piso- Cuarto #2062  
Washington, DC 20060**