



UNIVERSITY of COLORADO HEALTH

Formulario Financiero

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Avalista: _____

No. de Seguro Social del Paciente: _____ No. de Seguro Social del Avalista: _____

Domicilio: _____
Calle Apto. No. Ciudad Código Postal

Teléfono Particular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Empleador del Paciente: _____

Empleador del avalista o del cónyuge: _____

LISTA DE COMPROBACIÓN

Ingresos del Paciente durante los últimos 3 meses (Bruto)*

Ingresos de los Avalistas (cónyuges) durante los últimos 3 meses (Bruto)*

Total de Ingresos Ganados*: _____

No. de personas a su cargo: _____

Anote los nombres de los miembros de la familia

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>No. de Seguro Social</u>

Por favor, incluya copias de todo lo que corresponda.

- Talón de cheque de los últimos 3 meses
- Declaración de Impuestos del año pasado
- Carta de Desempleo
- Carta de Seguridad Social

Si ha solicitado Medicaid o CICP, por favor, maque la casilla correspondiente:

- Medicaid
- CICP

MRN# _____



UNIVERSITY
of COLORADO HEALTH

*Fuente de Ingresos: Empleo, desempleo, seguro social, pensión alimenticia para cónyuges, pensión de jubilado, plan de pensiones, comisiones, propinas, manutención para menores, fondo de inversiones, ingresos de alquiler, intereses u otros ingresos.

COMENTARIOS:

La información contenida en este formulario financiero está garantizada por el abajo firmante como completo y veraz.
El abajo firmante por medio de la presente autoriza a University of Colorado Health & Colorado Health Medical Group (CHMG) a verificar todos los datos incluidos en este formulario financiero.

X _____
Firma

X _____
Fecha