



**Empleo y ocupación:** Tiempo completo ( ) Tiempo parcial ( )  
Por su cuenta ( ) Jubilado ( )

Empleador: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_  
¿De temporada? Sí ( ) No ( )

Persona a quién llamar: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Si trabaja por su cuenta, anote el nombre de su empresa: \_\_\_\_\_

Empleador de su cónyuge: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_  
Tiempo completo ( ) Tiempo parcial ( ) Por su cuenta ( ) Jubilado ( )

Persona a quién llamar: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Si trabaja por su cuenta, anote el nombre del negocio: \_\_\_\_\_

### Ingreso mensual actual

	Paciente	Cónyuge
Pago bruto del empleo (antes de deducciones)	\$ _____	\$ _____
Ingreso de la empresa (si trabaja por su cuenta)	\$ _____	\$ _____
Otro ingreso: _____	\$ _____	\$ _____
Seguro Social/Discapacidad	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia, pagos de manutención	\$ _____	\$ _____
Ingreso mensual total actual (sume todas las cantidades anteriores)	\$ _____	\$ _____

### Bienes y deudas

Ofrezca lo que calcule que es el valor de las casas, automóviles o bienes similares. Además, indique cuánta deuda tiene actualmente.

**Bienes:**

- a. Hogar principal \$ \_\_\_\_\_
- b. Otras casas o propiedades \$ \_\_\_\_\_
- c. Automóviles \$ \_\_\_\_\_

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_

- d. Cuentas de cheques/ahorros \$ \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

- e. Inversiones/otras (especifique) \$ \_\_\_\_\_

**Deudas:**

- a. Cantidad adeudada en hipotecas \$ \_\_\_\_\_
- b. Cantidad adeudada en automóviles \$ \_\_\_\_\_
- c. Cantidad adeudada en tarjetas de crédito \$ \_\_\_\_\_
- d. Otra (especifique) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Gastos mensuales**

- Alquiler o pago de casa \$ \_\_\_\_\_
- Alimentos \$ \_\_\_\_\_
- Servicios públicos (tel., electricidad, agua, etc.) \$ \_\_\_\_\_
- Automóvil/Transporte (pago/gasolina, etc.) \$ \_\_\_\_\_
- Seguros (casa, automóvil, de vida, etc.) \$ \_\_\_\_\_
- Tarjeta de crédito/ otras deudas \$ \_\_\_\_\_
- Otra \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Mi/Nuestra firma en esta forma/aplicacion da permiso a San Joaquin General Hospital , para verificar la informacion en esta aplicacion , Incluyendo mi/nuestro permiso para contactar mi empleador y mi/nuestro historia de credito. Juro bajo pena de perjurio que la informacion es verdad y correcta segun mi conocimiento y entender.

\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Firma del paciente o fiador)

\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Firma del cónyuge)

Interviewed by: _____	Date: _____
Approved For: MIA <input type="checkbox"/>	Co-payment: A B C (circle one)
Eligibility Dates: FROM _____	TO _____
Catastrophic Charity Adjustment: <input type="checkbox"/>	20% 30% 40% 50% 60% (circle one)
Denied <input type="checkbox"/>	Reason: _____