



SLIDING FEE ELIGIBILITY

INFORMATION

	DATE
MEDICAL REC #	ACCOUNT #
GUARANTOR	
ADDRESS	
CITY/STATE/ZIP	
PHONE	
LIVING ARRANGEMENT	
<input type="checkbox"/> OWN HOME	
<input type="checkbox"/> RENT APARTMENT	
<input type="checkbox"/> OTHER _____	

RACE

<input type="checkbox"/> HISPANIC/LATINO	<input type="checkbox"/> BLACK/AFRICAN AMERICAN	<input type="checkbox"/> OTHER _____
<input type="checkbox"/> MEXICAN	<input type="checkbox"/> WHITE	
<input type="checkbox"/> PUERTO RICAN	<input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN & OTHER PACIFIC ISLANDER	
<input type="checkbox"/> CUBAN	<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED	

FAMILY MEMBERS

FAMILY SIZE		
SPOUSE	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
NAME	DOB	ACCOUNT #
% OF PAYMENT		
REVIEW DATE		
NEW PATIENT OR ESTABLISHED		



ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ESSCALA DE DESCUENTO

INFORMACIÓN

NOMBRE	FECHA
DIRECCIÓN	# DE EXPEDIENTE
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	# DE CUENTA
TELÉFONO	

ARREGLO DE VIVIENDA

- ☐ DUEÑO/A DE CASA
☐ RENTA
☐ OTRO _____

ORIGEN ÉTNICO

- ☐ HISPANO/LATINO
☐ MEXICANO
☐ PUERTORRIQUEÑO
☐ CUBANO
☐ _____
- ☐ AFROAMERICANO
☐ BLANCO
☐ HAWAIANOS NATIVOS/ISLEÑO DEL PACÍFICO
☐ NATIVO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
☐ PREFIERO NO CONTESTAR
- ☐ OTRO _____

FAMILY MEMBERS

TAMAÑO TOTAL DE FAMILIA		
	FECHA DE NACIMIENTO	# DE CUENTA
ESPOSA		
NOMBRE		
NOMBRE		
NOMBRE		
NOMBRE		
% DE PAGO		
FECHA DE REVISIÓN		
NUEVO PACIENTE O ESTABLECIDO		