



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 | | |