

Samaritan Health Services



Samaritan Health Physicians

Good Samaritan Regional Medical Center
(541) 768-5040 • 1-800-567-2132

Samaritan North
Lincoln Hospital
(541) 996-3661

FirstCare Physicians
(541) 768-4395
1-800-830-2429

Samaritan Medical Clinic
(541) 768-4395
1-800-830-2429

Samaritan Albany General Hospital
(541) 768-4391 • 1-800-640-5325

Samaritan Pacific
Community Hospital
(541) 265-2244

Mid Valley Medical Group
(541) 768-4395
1-800-830-2429

Pacific Internal Medicine
(541) 574-4750

Samaritan Lebanon Community Hospital
(541) 451-7597 • (541) 451-7587
1-800-297-0286

INFORMACIÓN FINANCIERA CONFIDENCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____
NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE _____

FECHA RECIBIDO EN LA
INSTITUCIÓN _____

..... PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE _____ No. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____
DIRECCIÓN _____ TIEMPO QUE CASA No. DE TELÉFONO
HA VIVIDO AQUI _____ PROPIA _____ RENTADA _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____
DIRECCIÓN PREVIA _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____

EMPLEADOR _____ ¿CUÁNTO TIEMPO? _____ DIRECCIÓN _____ No. DE TELÉFONO _____
SALARIO MENSUAL BRUTO _____ SALARIO NETO _____ PROFESIÓN _____
(SI ESTÁ SOLICITANDO CARIDAD, FAVOR DE ADJUNTAR VERIFICACIÓN DE SALARIO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES)
EX-EMPLEADOR _____ ¿CUÁNTO TIEMPO? _____ DIRECCIÓN _____ No. DE TEL. _____
SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA, NOMBRE DEL NEGOCIO _____ DIRECCIÓN _____ No. DE TEL. _____
PROMEDIO MENSUAL DE LO QUE GANA EN SU NEGOCIO PROPIO _____
OTROS INGRESOS, CANTIDAD QUE RECIBE: (SEGURO SOCIAL, VETERANOS, PENSIÓN, INVERSIONES, PENSIÓN ALIMENTICIA/MANTENIMIENTO, ETC.)

SI ESTÁ SIN EMPLEO, ¿CUÁNTO TIEMPO? _____ BENEFICIOS SEMANALES DURANTE SU DESEMPLEO _____

..... ESPOSO(A)/COMPAÑERO(A)

NOMBRE _____ No. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
EMPLEADOR _____ ¿CUÁNTO TIEMPO? _____ DIRECCIÓN _____ No. DE TELÉFONO _____
SALARIO MENSUAL BRUTO _____ SALARIO NETO _____ PROFESIÓN _____
(SI ESTÁ SOLICITANDO CARIDAD, FAVOR DE ADJUNTAR VERIFICACIÓN DE SALARIO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES)
EX-EMPLEADOR _____ ¿CUÁNTO TIEMPO? _____ DIRECCIÓN _____ No. DE TELÉFONO _____
SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA, NOMBRE DEL SU NEGOCIO _____ DIRECCIÓN _____ No. DE TELÉFONO _____
PROMEDIO MENSUAL DE LO QUE GANA EN SU NEGOCIO PROPIO _____
OTROS INGRESOS, CANTIDAD QUE RECIBE: (SEGURO SOCIAL, VETERANOS, PENSIÓN, INVERSIONES, PENSIÓN ALIMENTICIA/MANTENIMIENTO, ETC.)

SI ESTÁ SIN EMPLEO, ¿CUÁNTO TIEMPO? _____ BENEFICIOS SEMANALES DURANTE SU DESEMPLEO _____

(CONTINÚA EN LA PÁGINA 2)

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

PÁGINA 2

NOMBRE DE UN PARIENTE CERCANO _____	No. DE TELÉFONO _____	DIRECCIÓN _____
PARENTESCO _____	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____	
NOMBRE DE ALGUNO QUE NO SEA PARIENTE (Y CON DISTINTA DIRECCIÓN) _____	No. DE TELÉFONO _____	DIRECCIÓN _____
		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____
NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES QUE VIVEN EN SU FAMILIA _____		ESCRIBA LAS EDADES _____
(No SE INCLUYA A SÍ MISMO)		

SECCIÓN A

INFORMACIÓN SOBRE FINANZAS Y ACTIVOS

	BANCO/INSTITUCIÓN/HIPOTECARIO/OTRO	BALANCE O VALOR EN EL MERCADO
CUENTA DE CHEQUES		
CUENTA DE AHORROS		
INSTITUCIÓN DE PRÉSTAMO DE TIPO CREDIT UNION		
VALOR AL CONTADO DEL SEGURO DE VIDA		
OTRO DINERO, FONDOS, VALORES, BONOS		
TOTAL (SECCIÓN A)		\$
¿RECIBE MANTENIMIENTO DEL ESPOSO(A) O DE UN(A) HIJO(A)?		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SI RECIBE MANTENIMIENTO INDIQUE DE QUIEN _____		CANTIDAD \$ _____
DIRECCIÓN _____		
¿HA DECLARADO BANCARROTA ALGUNA VEZ?		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ES ASÍ, ¿CUANDO? _____

SECCIÓN B

INFORMACIÓN FINANCIERA Y PASIVOS

POR FAVOR, HAGA UNA LISTA AQUÍ DE SUS DEUDAS FINANCIERAS (NO MÉDICAS)					
PROPIEDAD (CASA/TERRENO)	VALOR EN EL MERCADO	VALOR REAL	NOMBRE DEL ACREEDOR	BALANCE DE SU DEUDA	PAGO MENSUAL
PROPIEDAD (CASA/TERRENO)					
DIRECCIÓN _____					INCLUYA (MARQUE SI ES APLICABLE) IMPUESTOS <input type="checkbox"/> SEGURO <input type="checkbox"/>
IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD (SI NO SE INCLUYEN EN LA HIPOTECA)					
OTRA PROPIEDAD • HAGA UNA LISTA EN LA PÁGINA 4 O EN UNA HOJA SEPARADA					
AUTO (AÑO-MARCA)					
AUTO (AÑO-MARCA)					
OTHER (HAGA UNA LISTA)					
TOTALES (SECCIÓN B)					\$

(CONTINÚA EN LA PÁGINA 3)

SI USTED TIENE POCO O NINGUNA ENTRADA DE DINERO, POR FAVOR EXPLIQUE A CONTINUACIÓN CÓMO SE SATISFACEN SUS NECESIDADES MENSUALES DE SUBSISTENCIA, SI USTED RECIBE ASISTENCIA DE SU FAMILIA O DE AMIGOS, POR FAVOR PÍDALES QUE HAGAN UNA DECLARACIÓN ESCRITA, EXPLICANDO EL TIPO DE ASISTENCIA QUE ELLOS LE HAN PROVISTO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO.

LA INFORMACIÓN DESCRITA ANTERIORMENTE VERDADERA DE ACUERDO A MI CONOCIMIENTO. SI EL HOSPITAL GOOD SAMARITAN O EL SAMARITAN MEDICAL GROUP SOLICITA VERIFICACIÓN DE DICHA INFORMACIÓN. DOY LA AUTORIZACIÓN A CUALQUIER GRUPO QUE EL HOSPITAL GOOD SAMARITAN O EL SAMARITAN MEDICAL GROUP DESEE CONTACTAR, PARA CEDER LA VERIFICACIÓN SOLICITADA AL HOSPITAL GOOD SAMARITAN O EL SAMARITAN MEDICAL GROUP ENTIENDO QUE SE PODRÁ SOLICITAR UNA COPIA DE MI INFORME DE CRÉDITO PODRÁ SER SOLICITADA.

PAGO MENSUAL PROPUESTO _____ FECHA DE PAGO _____

FECHA CUANDO SE PODRÁ AUMENTAR EL PAGO, SI ES APLICABLE _____

ENTIENDO QUE LA ACEPTACIÓN DE LOS PAGOS PROPUESTOS POR EL HOSPITAL NO SUSPENDE EL DERECHO DEL HOSPITAL DE EXIGIR MAYORES PAGOS O EL BALANCE ENTERO PENDIENTE.

CONSIENTO EN COMPLETAR CUALQUIER FORMULARIO FINANCIERO ADICIONAL SI SE ME LO SOLICITA.

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

FECHA

FIRMA DEL ESPOSO(A)

FECHA