

**Formulario de solicitud de saldo después de seguro/asistencia financiera/pago por sí mismo**

**POR FAVOR, ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
MONTH DAY YEAR

PFC \_\_\_\_\_ FT \_\_\_\_\_  
(Solo para uso de la oficina (office use only))

Parte responsable: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL 2do NOMBRE

Nombre del(la) paciente: \_\_\_\_\_  
(Se requiere una solicitud por paciente) APELLIDO NOMBRE INICIAL 2do NOMBRE.

Dirección del(la) paciente en el momento de la atención médica: \_\_\_\_\_  
CALLE N.º APTO.

CIUDAD ESTADO CÓD. POSTAL CONDADO

Dirección actual \_\_\_\_\_  
CALLE N.º APT.

CIUDAD ESTADO CÓD. POSTAL CONDADO

Fecha de servicios del hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del(la) paciente: \_\_\_\_\_  
MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO

¿El(La) paciente contaba con seguro médico o Medicaid en el momento de recibir los servicios del hospital? Sí  No   
**Si respondió "Sí"**, adjunte una copia de la tarjeta del seguro (frente y dorso) o de la tarjeta de Medicaid que cubre al(la) paciente y complete la siguiente información:

Nombre de la(s) aseguradora(s) y/o programa de Medicaid: \_\_\_\_\_

Números de ID de titular del seguro o número de ID de Medicaid: \_\_\_\_\_

Por favor, tenga en cuenta:

- Los descuentos no se aplican a los servicios profesionales proporcionados por el Dr. Robin Cotton ni los proveedores no empleados por Cincinnati Children's y **no cubren copagos**.
- Las familias que son miembros de un plan de seguros que **no tiene contrato** con Cincinnati Children's Hospital Medical Center no son elegibles para el descuento sobre la parte impaga de su reclamo. Usted solamente será elegible para descuentos sobre los saldos atribuidos a deducibles y/o coseguro.
- La asistencia financiera es una fuente de último recurso y deben agotarse todos los demás seguros antes de que se aplique el descuento.

**Complete la siguiente información:** Si el(la) paciente tiene 18 años, debe completar esta solicitud.

Indique todos los miembros del hogar a continuación. Incluya el(la) paciente, el padre y la madre del(la) paciente (sin importar si viven o no en el hogar) y los hijos (naturales o adoptivos) menores de 18 años que viven en el hogar junto con el(la) paciente. Si necesita más espacio, incluya los miembros de la familia adicionales que viven en el hogar en la casilla de Declaración de Manutención en la página siguiente.

MIEMBROS DE LA FAMILIA	EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL(LA) PACIENTE (INDICAR SI ES PADRE O MADRE AUSENTE)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Por favor, complete y firme la página 2 de esta solicitud.**

