

Registro y cuestionario de Ginecología

Fecha _____

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Edad _____	Profesión _____	Estado civil _____	Origen étnico <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Hispánica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Otro
Dirección de domicilio _____	Teléf. domicilio _____	Profesión, empleador y dirección del trabajo			
Calle _____	Teléf. celular _____	Empleador _____			
Núm. apartamento _____		Dirección del trabajo _____			
Ciudad, Estado, Código postal _____		Teléf. del trabajo _____			

¿La han atendido en esta clínica anteriormente? _____ Si es así,
 ¿cuándo? _____
 Número de seguro social: _____
 Nombre del cónyuge _____ Teléf. del cónyuge: _____
 Dirección del trabajo del cónyuge _____ Teléf. del trabajo del cónyuge: _____

En caso de emergencia, ¿con quién debemos comunicarnos? _____
 Relación: _____ Teléf. del contacto _____
 Seguro privado: _____ Nombre del asegurado: _____
 Núm. de póliza o grupo _____ Seguro social del asegurado _____ Deducible: _____
 Núm. de Medicaid _____ Tipo de Medicaid _____

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período? _____
 ¿Sus períodos son normalmente REGULARES o IRREGULARES?
 ¿Es intenso, leve o moderado el flujo de sangre?
 ¿Con qué frecuencia tiene su período habitualmente? Cada _____ días.
 ¿Cuánto tiempo dura el flujo de sangre habitualmente? _____ días.
 ¿Dolor o cólicos con los períodos? SÍ NO A VECES.
 Describa el tipo de anticonceptivo que usa _____

¿Cuántas veces ha estado embarazada?
 ¿Cuántos nacimientos vivos?
 ¿Cuántos abortos naturales o electivos?
 ¿Cuántos hijos en la casa?
 ¿Cuántos años tenía cuando dejó de tener períodos? _____
 Recibe tratamiento de reemplazo de hormonas?
 ____ Sí ____ No
 Tiene manchas de sangre? ____ Sí ____ No

Describa el problema ginecológico que tiene _____

¿Cuál es su estatura? _____ ¿Cuánto pesa? _____

¿Tiene un historial personal de alguno de los siguientes?

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
SALUD GENERAL			OÍDOS		
		OBESIDAD			INFECCIONES DE OÍDO
		PESO DEBAJO DE LO NORMAL			PÉRDIDA AUDITIVA
		ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA			USA AUDÍFONOS
		LIMITACIONES MENTALES O FÍSICAS			RUPTURA DEL TÍMPANO
		MAL ESTADO DENTAL			
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
CABEZA			NARIZ		
		DOLORES CRÓNICOS DE CABEZA			SINUSITIS
		MIGRAÑAS			SANGRADO NASAL FRECUENTE
		CONMOCIÓN O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO			DEFECTO DEL TABIQUE NASAL

		EPILEPSIA O CONVULSIONES			CIRUGÍA NASAL		
		TUMORES			NARIZ FRACTURADA		
OJOS			GARGANTA				
		USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO			TONSILITIS O AMIGDALECTOMÍA		
		VISIÓN BORROSA			ADENOIDECTOMÍA		
		VISIÓN NOCTURNA DEFICIENTE			DOLOR DE GARGANTA POR ESTREPTOCOCOS		
		MANCHAS EN LA VISTA QUE SE MUEVEN O PUNTOS CIEGOS			LARINGITIS (PÉRDIDA DE LA VOZ)		
CUELLO			GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO)				
		GANGLIOS LINFÁTICOS ALTERADOS			DIABETES		
		PROBLEMAS O CIRUGÍA DE LA TIROIDES			ÚLCERAS, PROBLEMAS ESTOMACALES		
		LESIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE			COLITIS, SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE		
		LIMITACIÓN PARA MOVERSE			DIARREA CRÓNICA		
RESPIRATORIO					ESTREÑIMIENTO CRÓNICO		
		PROBLEMAS PULMONARES			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN (BULIMIA, ANOREXIA)		
		TUBERCULOSIS (O ISONIAZIDA)			HEMORROIDES O PROBLEMAS RECTALES		
		PRUEBA POSITIVA DE TUBERCULOSIS			PROBLEMAS CON LA VESÍCULA		
		NEUMONÍA O BRONQUITIS			VEGETARIANA		
		ASMA	URINARIO				
		NEUMOTÓRAX (PULMÓN COLAPSADO)			INFECCIONES DE VEJIGA (URINARIAS)		
CARDÍACO (CORAZÓN)					INFECCIÓN DE RIÑONES (PIELONEFRITIS)		
		ENFERMEDAD/PROBLEMAS DEL CORAZÓN O LATIDOS IRREGULARES			PIEDRAS EN EL RIÑÓN		
		HIPERTENSIÓN (PRESIÓN ARTERIAL ALTA)			CIRUGÍA DE VEJIGA O RIÑÓN		
		HIPOTENSIÓN (PRESIÓN ARTERIAL BAJA)			SALIDA ACCIDENTAL DE ORINA (INCONTINENCIA)		
		SOPLO EN EL CORAZÓN			PIELOGRAFÍA INTRAVENOSA		
HEMATOLOGÍA			LINFÁTICO				
		HEPATITIS			GANGLIOS LINFÁTICOS ALTERADOS		
		COÁGULOS O DERRAME CEREBRAL			ENFERMEDAD DE HODGKIN		
		VÁRICES			ERITEMA NODOSO		
		RASGOS O ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES			VEGETARIANA		
		GRUPO SANGUÍNEO ALTERADO (HEMOGLOBINOPATÍA)	NEUROPSIQUIÁTRICO				
		TRANSFUSIÓN DE SANGRE			PROBLEMAS EMOCIONALES		
		LEUCEMIA			HOSPITAL PSIQUIÁTRICO		
		ANEMIA (NIVEL BAJO DE GLÓBULOS ROJOS O HIERRO)			DEPRESIÓN O ANSIEDAD		
		HEMORRAGIA (PÉRDIDA EXCESIVA DE SANGRE)			ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ		
		PRUEBA POSITIVA DE VIH O SIDA			PROBLEMAS MATRIMONIALES		
		RESULTADO POSITIVO DE ANTICUERPOS			SE ATIENDE CON UN PSIQUIATRA, PSICÓLOGO		
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:							
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO		SI	NO	PROBLEMA MEDICO	
GINECOLOGÍA				GINECOLOGÍA (Cont.)			
		PROBLEMAS CON PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS				ABORTO NATURAL	

		PRUEBA ANORMAL DE PAPANICOLAOU (DISPLASIA O NIC)			ABORTOS (ELECTIVOS)
		COLPOSCOPIA (EVALUACIÓN MICROSCÓPICA DE CUELLO UTERINO)	MUSCOLOESQUELÉTICO		
		CRIOCIRUGÍA (CONGELAMIENTO DEL CUELLO UTERINO)			DOLORES AGUDOS/GENERALIZADOS O TORCEDURAS MUSCULARES
		BIOPSIA DE CONO (EXTRACCIÓN DE PARTE DEL CUELLO UTERINO)			FRACTURAS DE HUESOS O LESIÓN A MÚSCULOS O HUESOS
		EVALUACIÓN DE INFERTILIDAD			ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS (ESCOLIOSIS)
		RELACIONES SEXUALES DOLOROSAS			DEFECTOS CONGÉNITOS O DEFORMACIONES GENÉTICAS
		EXPLORACIÓN, ABUSO, VIOLACIÓN SEXUAL			RESTRICCIONES FÍSICAS EN MOVIMIENTOS
		FIBROMAS DEL ÚTERO			SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO
		QUISTES OVÁRICOS			ACUDE FRECUENTEMENTE A QUIROPRACTICO
		INFECCIONES VAGINALES RECURRENTES (FRECUENTES)	ALERGIAS		
		ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA			MEDICINAS
		ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL (SÍFILIS, GONORREA, CLAMIDIA, HERPES, TRICOMONAS)			
		ÚLCERAS GENITALES			ALIMENTOS:
SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
OTROS PROBLEMAS MÉDICOS					
		¿FUMA O MASTICA TABACO?			¿CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?
		¿HA USADO ALGUNA VEZ MARIHUANA, ANFETAMINAS, COCAÍNA, HEROÍNA, CRACK, LSD, ÁCIDO U OTRAS DROGAS QUE ALTERAN LA MENTE?			¿CONSUME SUSTANCIAS EXTRAÑAS (ALMIDÓN, PINTURA, ARCILLA)?
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

¿Tuvo alguna de las siguientes enfermedades o cirugías en la niñez?

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		VARICELA (O SE VACUNÓ)			EXTRACCIÓN DEL APÉNDICE
		SARAMPiÓN (RUBÉOLA) (O SE VACUNÓ)			BIOPSIA DEL SENO
		FIEBRE REUMÁTICA			CIRUGÍA PARA AGRANDAR O REDUCIR LOS SENOS
		FIEBRE ESCARLATINA			CIRUGÍA BUCAL
		PAPERAS (O SE VACUNÓ)			CIRUGÍA PLÁSTICA
		SARAMPiÓN ALEMÁN (RUBÉOLA) (O SE VACUNÓ)			LAPAROSCOPIA
		EXTRACCIÓN DE VESÍCULA BILIAR			DILATACIÓN Y RASPADO
					¿ALGUNA OTRA CIRUGÍA?
Explique se responde "Si" a alguna pregunta:					

¿Tiene algún miembro inmediato de su familia alguna de las siguientes?

SI	NO	PROBLEMA MÉDICO	SI	NO	PROBLEMA MÉDICO
		ENFERMEDAD CARDÍACA O ATAQUE CARDÍACO			DISTROFIA MUSCULAR O FIBROSIS QUÍSTICA
		PRESIÓN ARTERIAL ALTA			COREA DE HUNTINGTON
		ENFERMEDAD DE RIÑONES O VEJIGA			ENFERMEDAD DE TAY-SACHS
		TUBERCULOSIS			PARTO DE MELLIZOS O MÚLTIPLES BEBÉS
		DIABETES			CÁNCER
		TRASTORNO EMOCIONAL O MENTAL			ENFERMEDAD CRÓNICA
		DERRAME CEREBRAL, COÁGULOS O FLEBITIS			ABUSO DE DROGAS

	VARIACIONES DE LA SANGRE (CÉLULAS FALCIFORMES, TALASEMIA)		OPERACIONES MAYORES
	HEMOFILIA		COMPLICACIONES CON EMBARAZOS
	DEFECTOS CONGÉNITOS, SÍNDROME DE DOWN, DEFECTOS DEL TUBO NEURAL		¿TOMÓ SU MADRE ALGUNA HORMONA MIENTRAS ESTABA EMBARAZADA CON USTED?
Explique se responde "Sí" a alguna pregunta:			

Escriba las medicinas que toma o usa actualmente: _____

¿Cómo aprende mejor nueva información? (Marque todas las que correspondan):

_____ Instrucción verbal _____ Instrucción escrita _____ Demostración _____ Práctica

_____ Otra: Explique _____

EVALUACIÓN DE NECESIDADES PSICOLÓGICAS/SOCIALES

El objetivo de esta evaluación es determinar si necesita la ayuda de nuestro personal de servicios sociales. Cuando se revise la información, la podrían remitir a nuestra trabajadora social quien podría querer reunirse con usted para abordar sus preguntas o inquietudes.

Haga un círculo en la respuesta que mejor refleje cómo se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solo cómo se siente hoy.

1. He podido reírme y ver el lado divertido de la vida. 0 = Igual que siempre 1 = No tanto como antes 2 = Definitivamente no tanto como antes 3 = Para nada	6. Me he sentido abrumada. 3 = Sí, casi no he podido hacerle frente a la vida 2 = Sí, a veces no he podido hacerle frente a la vida como antes lo hacía 1 = No, casi siempre he podido hacerle frente bien a la vida 0 = No, he podido hacerle frente a la vida tan bien como siempre
2. He esperado con entusiasmo las cosas 0 = Igual que siempre 1 = Un poco menos que antes 2 = Definitivamente menos que antes 3 = Casi nada	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir. 3 = Sí, casi no he podido hacerle frente a la vida 2 = Sí, a veces no he podido hacerle frente a la vida como antes lo hacía 1 = No, casi siempre he podido hacerle frente bien a la vida 0 = No, he podido hacerle frente a la vida tan bien como siempre
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, algunas veces 1 = No muy a menudo 0 = No, nunca	8. Me he sentido triste o miserable. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, algunas veces 1 = No muy a menudo 0 = No, para nada
4. Me he sentido con ansiedad o preocupada sin ningún motivo obvio. 0 = No, para nada 1 = Casi nunca 2 = Sí, algunas veces 3 = Sí, muy a menudo	9. Me he sentido tan infeliz que me la he pasado llorando. 3 = Sí, casi siempre 2 = Sí, muy a menudo 1 = Solo ocasionalmente 0 = No, nunca
5. Me he sentido temerosa o aterrada sin ningún motivo obvio 3 = Sí, con mucha frecuencia 2 = Sí, algunas veces 1 = No mucho 0 = No, para nada	10. He pensado en hacerme daño. 3 = Sí, muy a menudo 2 = Algunas veces 1 = Casi nunca 0 = Nunca
	_____ PUNTUACIÓN TOTAL

COMENTARIOS ADICIONALES:

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El objetivo de esta evaluación es determinar si necesita la ayuda de nuestro personal de dietética. Responda a las siguientes preguntas y si tiene comentarios anótelos abajo.

SÍ	NO	ALGUNAS VECES	DECLARACIÓN
			Tomo una multivitamina todos los días.
			Omito comidas o paso períodos largos sin comer.
			Tengo un historial de diabetes
			Tengo un historial de anemia
			Tengo un historial de trastornos de la alimentación, como bulimia o anorexia
			Tengo un historial de presión arterial alta
			Actualmente tengo problemas con náuseas y vómito
			Actualmente tengo problemas con estreñimiento o diarrea
			Actualmente tengo problemas con calambres en las piernas
			Actualmente tengo problemas con acidez
			Actualmente tengo problemas con alergias a la leche
			Tengo 18 años o menos
			Actualmente tengo deseos de consumir cosas que no son alimentos, como arcilla o tierra
			Actualmente sigo una dieta especial
			Actualmente mi peso se encuentra por debajo de lo normal
			Actualmente tengo sobrepeso
			Tengo problemas con el hecho de que no como suficiente
			Creo que necesito asesoramiento individual sobre la nutrición

COLOQUE UNA MARCA (✓) EN LOS ALIMENTOS QUE CONSUME REGULARMENTE

<input type="checkbox"/> Leche sin grasa o con 1% de grasa <input type="checkbox"/> Leche baja en grasa <input type="checkbox"/> Leche entera <input type="checkbox"/> Yogur (regular o congelado) <input type="checkbox"/> Requesón <input type="checkbox"/> Queso <input type="checkbox"/> "Cremas" (helado o nieve, crema agria, queso, crema batida)	<input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Pollo/Pavo <input type="checkbox"/> Carne roja baja en grasa <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Frijoles <input type="checkbox"/> Hamburguesas <input type="checkbox"/> Hot dogs <input type="checkbox"/> Pollo frito	<input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Cereal de granos naturales <input type="checkbox"/> Cereales con azúcar <input type="checkbox"/> Pan blanco <input type="checkbox"/> Pan de trigo <input type="checkbox"/> Arroz integral <input type="checkbox"/> Arroz blanco	<input type="checkbox"/> Margarina <input type="checkbox"/> Mayonesa <input type="checkbox"/> Aderezos <input type="checkbox"/> Nueces <input type="checkbox"/> Aceite de cocinar <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Comidas rápidas/fritas <input type="checkbox"/> Salsas cremosas y otras salsas	<input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Jugo <input type="checkbox"/> Gaseosas <input type="checkbox"/> Kool-Aid <input type="checkbox"/> Postres <input type="checkbox"/> Dulces <input type="checkbox"/> Galletas dulces <input type="checkbox"/> Productos de pastelería
--	--	---	---	---

COMENTARIOS ADICIONALES:

¿La ha atendido otro médico por este problema ginecológico? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿con quién se atendió? (Anote el nombre, dirección y número de teléfono) _____

OFFICE USE ONLY:

Accepted

Denied

Signature: _____

Assign to: 1st year 2nd year 3rd year 4th year

Specific: _____

Confirmación de ayuda económica

Nuestros registros indican que fue aprobado el _____ para calificar y recibir la ayuda económica de Baylor Scott & White HealthTexas Provider Network ("HTPN"). Este formulario nos permitirá confirmar que no han ocurrido cambios a su clasificación designada de ayuda desde la última determinación, y que aún califica para recibir ayuda económica de acuerdo con la Norma de Ayuda Económica. Si sus ingresos o cobertura de seguro médico cambian en algún momento, deberá proporcionar esta información a HTPN para que se actualice su cuenta.

Nombre completo del paciente Núm. de cuenta EPIC de HTPN Fecha de nacimiento

Sección para el paciente o tutor legal:

Entiendo que al firmar a continuación estaré declarando de que mis ingresos o cobertura de seguro médico no han cambiado desde la fecha de mi solicitud original y de que me podrían aún considerar para recibir ayuda económica según las normas de HTPN. Acepto también informarle al consultorio cualquier cambio que ocurra en mis ingresos o cobertura de seguro médico para que se pueda volver a evaluar mi clasificación de ayuda en el programa.

Entiendo que mi solicitud de ayuda económica aprobada permanecerá en vigor hasta el _____ para permitir realizar las visitas de seguimiento necesarias cuando corresponda. Al final de este plazo, me podrían requerir volver a solicitar la ayuda económica.

Firma del paciente o parte responsable

Nombre completo en letra de imprenta Fecha

Sección para el personal del consultorio:

Fecha de la primera aprobación Fecha de extensión de la aprobación (no más de 90 días)

Firma del personal de aprobación autorizado (gerente o administrador) Fecha

Nombre en letra de imprenta Ubicación del consultorio

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ Número de seguro social _____

Dirección de residencia del paciente _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Estado civil Casado/a Soltero/a Viudo/a
 Separado/a Divorciado/a

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Número de teléfono _____

Nombre del conyuge _____

Empleado/a Si No Empleado/a Si No

Empleador del paciente _____ Empleador del conyuge _____

Núm. de teléfono _____ Núm. de teléfono _____

¿Los centros de BSWH (Baylor Scott & White Health) donde recibió los servicios son los centros de la red más cercanos a su residencia principal? Si No
Si respondió que no, ¿los centros más cercanos no pudieron brindarle atención o se negaron a hacerlo? Si No

****Si está desempleado/a, incluya el nombre y número de teléfono del empleador anterior****

A. Ingresos: Proporcione el ingreso para cada una de las siguientes personas en su hogar

		Complete solo si el paciente es menor de edad (de no ser así, deje el espacio en blanco)	
Paciente	<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial - Horas/semana = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ Ingreso adicional	Padre del paciente	<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial - Horas/semana = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ Ingreso adicional
Conyuge	<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial - Horas/semana = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ Ingreso adicional	Madre del paciente	<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial - Horas/semana = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ Ingreso adicional
Ingreso total de la familia \$ _____		Ingreso total de la familia \$ _____	

B. Verificación de ingresos: Proporcione verificación (*envíe solo copias, no la documentación original*) para todas las fuentes de ingreso familiar (la documentación aceptable se indica a continuación). Controle los documentos adjuntos:

Envío de cheque de pago Verificación del empleador Consulta de crédito (completada por BSWH)
 Formulario W-2 del IRS Declaración de impuestos Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF)
 Estados de cuenta Otros (describa a continuación) Cartas de resolución de seguridad social, compensación laboral o compensación por desempleo

Si no puede proporcionar alguna de las documentaciones de las fuentes de ingresos mencionadas anteriormente, explique el motivo _____

C. Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa del paciente. Este número solo debe incluir al paciente, al conyuge del paciente y a los dependientes del paciente.

D. Activos y otros recursos:

Tiene algún activo u otros recursos a su disposición? (Los ejemplos incluyen cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.) Si No Si es afirmativo, monto actual disponible _____

Tiene seguro médico? Si No Si es afirmativo, indique el nombre del proveedor _____

Tiene una cuenta de ahorro para la salud o una cuenta de gastos flexibles? Si No Si es afirmativo, monto actual disponible _____

Comprendo que Baylor Scott & White Health ("BSWH") puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de BSWH de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud. Además, autorizo a BSWH a solicitar informes de agencias de información de crédito y de la Administración de Seguro Social. Certifico que las declaraciones realizadas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender, y están hechas de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede tener como resultado el rechazo de la ayuda financiera.

También comprendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de BSWH. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

Firma del paciente o la parte responsable _____ Nombre en imprenta _____ Fecha _____

For Hospital Use Only

Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required. _____
 Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative _____ Date _____

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:

Patient is part of community care program Program Name _____ First Statement Date _____