

Servicios Financieros al Paciente
Cuestionario de Perfil del Paciente

Nombre del Paciente: _____

N° de Registro Médico: _____

- 1) ¿Cuál es la edad del paciente? _____
- 2) ¿Es el paciente un ciudadano o residente permanente? Si o No
- 3) ¿Está el paciente embarazada? Si o No
- 4) ¿Tiene el paciente niños menores de la edad de 21 años viviendo en casa? Si o No
- 5) ¿Está el paciente ciego o potencialmente discapacitado por lo menos 12 meses o mas afectando su empleo? Si o No
- 6) ¿Está el paciente recibiendo beneficios de SSI o SSDI? Si o No
- 7) ¿Tiene el paciente (y si casado, esposo/a) cuentas de banco o bienes convertibles a efectivo que no exceden las siguientes cantidades? Si o No

Tamaño de Familia

Individual: \$2500.00

Dos Individuales: \$3000.00

Agregue \$100 por cada miembro de familia adicional

(Ejemplo: Para una familia de cuatro, si el total de sus bienes líquidas es menos que \$3,200.00 usted contestaría SI)

- 8) ¿Es el paciente residente del Estado de Maryland?
Si no es Residente de Maryland, en qué estado vive? _____ Si o No
- 9) ¿Es el paciente un indigente (sin techo)? Si o No
- 10) ¿Participa el paciente en WIC? Si o No
- 11) ¿Recibe el paciente SNAP/cupones de alimentos? Si o No
- 12) ¿Tiene el paciente
Asistencia médica sólo para farmacia? Si o No
Cobertura de QMB / Cobertura SLMB? Si o No
Cobertura de PAC? Si o No
- 13) ¿Está el paciente empleado? Si o No
Si no, fecha de desempleo _____
¿Es elegible para cobertura del seguro de salud de COBRA? Si o No