

Apellido del Paciente		Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre de esposo/a
Dirección					Teléfono
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio?		
Miembros del hogar Por favor enumerar <u>todas</u> las personas que viven en este domicilio		Fecha de Nacimiento	Relación con usted (o ingresar yo mismo)	¿Empleado? (Sí o No)	Ingreso Bruto Mensual Total (incluir ISS, cupones de alimentos y otros)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
					Ingreso mensual total del hogar:

**Los Gastos Mensuales de la Casa**

Alquiler o Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Alimentos \$ \_\_\_\_\_

Utilidades

    Teléfono \$ \_\_\_\_\_

    Gas \$ \_\_\_\_\_

    Electricidad \$ \_\_\_\_\_

    Agua \$ \_\_\_\_\_

Auto

    Pago Mensual \$ \_\_\_\_\_

    Gasolino \$ \_\_\_\_\_

    Seguro \$ \_\_\_\_\_

Médico

    Doctor \$ \_\_\_\_\_

    Hospital \$ \_\_\_\_\_

    Medicamentos \$ \_\_\_\_\_

Seguro

    Vida \$ \_\_\_\_\_

    Médico \$ \_\_\_\_\_

Pagos con tarjeta de crédito \$ \_\_\_\_\_

Otros pagos mensuales (enumerar) \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL GASTOS MENSUALES** \$ \_\_\_\_\_

**Activos Bancarios:**

Saldo cuenta corriente: \$ \_\_\_\_\_

Saldo caja de ahorros: \$ \_\_\_\_\_

**¿Ha prestado el paciente servicio activo en EE.UU., en las Fuerzas Armadas, en las Reservas Militares o en la Guardia Nacional?**

Sí                       No

**Información del Seguro Médico:**

Proveedor: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_

AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de venimiento: \_\_\_\_\_

Cobertura VA             Sí                       No

**¿Alquila o es propietario de su residencia actual?**

Alquiler             Propio

**Al firmar a continuación, reconoce que la información anterior es verdadera y correcta. Declaraciones falsas podrían descalificar al paciente para recibir esta o futuras asistencias por parte de National Kidney Foundation of Arizona**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la Clínica

\_\_\_\_\_  
Por favor escribir el nombre (Representante de la Clínica)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Clínica

\_\_\_\_\_  
Fecha