



SLIDING FEE ELIGIBILITY

DATE

MEDICAL REC #

ACCOUNT #

INFORMATION

GUARANTOR

ADDRESS

CITY/STATE/ZIP

PHONE

LIVING ARRANGEMENT

OWN HOME

RENT APARTMENT

OTHER _____

RACE

HISPANIC/LATINO

MEXICAN

PUERTO RICAN

CUBAN

BLACK/AFRICAN AMERICAN

WHITE

NATIVE HAWAIIAN & OTHER PACIFIC ISLANDER

AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE

UNREPORTED/REFUSED

OTHER _____

FAMILY MEMBERS

FAMILY SIZE

SPOUSE

DOB

ACCOUNT #

NAME

DOB

ACCOUNT #

NAME

DOB

ACCOUNT #

NAME

DOB

ACCOUNT #

NAME

DOB

ACCOUNT #

% OF PAYMENT

REVIEW DATE

NEW PATIENT OR ESTABLISHED



ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO

FECHA

INFORMACIÓN

DE EXPEDIENTE

DE CUENTA

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

ARREGLO DE VIVIENDA

DUEÑO/A DE CASA

RENTA

OTRO _____

ORIGEN ÉTNICO

HISPANO/LATINO

MEXICANO

PUERTORRIQUEÑO

CUBANO

AFROAMERICANO

BLANCO

HAWAIANOS NATIVOS/ISLEÑO DEL PACÍFICO

NATIVO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA

PREFIERO NO CONTESTAR

OTRO _____

FAMILY MEMBERS

TAMAÑO TOTAL DE FAMILIA

FECHA DE NACIMIENTO

DE CUENTA

ESPOSA

NOMBRE

NOMBRE

NOMBRE

NOMBRE

% DE PAGO

FECHA DE REVISIÓN

NUEVO PACIENTE O ESTABLECIDO