



TABLA DE DESCUENTOS DEL PACIENTE

La póliza de *Friends of Family Health Center* es de brindar servicios médicos esenciales y de calidad sin tener en cuenta si el paciente tiene los medios económicos para pagar. Se ofrece una tabla de descuentos en proporción del tamaño y los ingresos de la familia. Por favor llene los siguientes cuadros con su información y entréguele este formulario el oficinista para determinar su tarifa de hoy.

- La tarifa se aplicará a todos los servicios recibidos en el centro de salud pero no a aquellos servicios que se obtengan afuera, tales como: remisiones para pruebas de laboratorio, medicinas, lectura de rayos-x por un radiólogo y otros servicios similares.
- La tarifa solo se aplicará a servicios prestados en el momento en que se necesiten y no a servicios futuros.
- Este formulario es válido por 90 días a partir de la fecha en que la complete. Por favor consulte con el oficinista si tiene alguna pregunta al respecto.

Número de familiares que viven en su hogar: _____

Ingreso total de la familia (incluye el de su pareja, hijos, etc.):

Miembro de la Familia	Ingreso de la Familia (llene solamente una de las columnas)		
	Anual	Mensual	Cada Dos Semanas
Yo			
Esposo(a)			
Familiares			
Total			

Doy fe de que el tamaño de mi familia y la información sobre nuestro ingreso que escribí arriba son correctos. **Entiendo que copias de declaraciones de impuestos, talón de cheques y otra información que verifique los ingresos** puede ser requerido antes de que se conceda un descuento.

Imprima su Nombre

Firma

Fecha