

Person completing form: _____ **Date completed:** _____

Nombre del paciente: _____ **Número de expediente médico:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Patient name Medical Record # Birth date

Estado civil (marque uno): Casado/a Soltero/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a
Marital Status

Garante: _____ **Relación con el paciente:** _____ **Esposo/a:** _____
Guarantor Rel. to Patient Spouse

Dirección: _____ **Dirección:** _____
Address Address

Condado: _____ **Teléfono de casa:** _____ **Condado:** _____ **Teléfono de casa:** _____
County Home Phone Country Home Phone

Lugar de empleo: _____ **Lugar de empleo:** _____
Employer Employer

Fecha que empezó el empleo: _____ **Fecha que empezó el empleo:** _____
Employment Date Employment Date

Dirección del lugar de empleo: _____ **Dirección del lugar de empleo:** _____
Employer Address Employer Address

Teléfono del lugar de empleo: _____ **Teléfono del lugar de empleo:** _____
Employer Phone Employer Phone

Si no está trabajando, indique el último día/mes y año que trabajó _____
If unemployed, last day/mo & yr worked

Si no está trabajando, indique el último día/mes y año que trabajó _____
If unemployed, last day/mo & yr worked

Nombre del contacto de emergencia
Emergency Contact Name

Nombre del contacto de emergencia
Emergency Contact Name

Ingresos mensuales recibidos por el garante (y esposo/a si es pertinente)
Monthly income received by guarantor (and spouse, if applicable)

Ingreso mensual: _____ **Bruto:** _____ **Neto:** _____ **Ingreso mensual:** _____ **Bruto:** _____ **Neto:** _____
Monthly Income Gross Net Monthly Income Gross Net

Jornada completa **Media jornada** **Jornada completa** **Media jornada**
Full Time Part Time Full time Part time

Sueldo por hora: _____ **Sueldo por hora:** _____
Hourly Wage Hourly Wage

Título de trabajo: _____ **Título de trabajo:** _____
Job Title Job Title

Ingreso mensual del seguro social (SS): _____ **Ingreso mensual del seguro social (SS):** _____
Monthly Soc. Sec. Income Monthly Soc. Sec. Income

Incapacidad del SS **Ingreso del SS** **Incapacidad del SS** **Ingreso del SS**
SS Disability SSI SS Disability SSI

Jubilación del SS **Beneficios de sobreviviente del SS** **Jubilación del SS** **Beneficios de sobreviviente del SS**
SS Retirement SS Survivor Benefit SS Retirement SS Survivor Benefit

Ha aplicado para Incapacidad del SS: _____ **Fecha:** _____ **Ha aplicado para Incapacidad del SS:** _____ **Fecha:** _____
SSDI Applied For Date **SSDI** Applied For Date

Pensión: _____ **Ingreso de propiedad de alquiler:** _____ **Pensión:** _____ **Ingreso de propiedad de alquiler:** _____
Pension Rental **Income** Pension Rental **Income**

Subsidio de desempleo: _____ **Otro:** _____ **Subsidio de desempleo:** _____ **Otro:** _____
Unemployment Other Unemployment Other

Certificado de depósito/
Cuenta individual de jubilación (IRA) _____
Certificate of Deposit/IRA

Certificado de depósito/
Cuenta individual de jubilación (IRA) _____
Certificate of Deposit/IRA

Plan de jubilación 401K: _____
401K

Plan de jubilación 401K: _____
401K

Saldo mensual promedio de cuenta bancaria corriente: _____
Checking Act. Avg. Mo. Balance

Saldo mensual promedio de cuenta bancaria corriente: _____
Checking Act. Avg. Mo. Balance

Nombre del banco: _____
Name of Bank

Nombre del banco: _____
Name of Bank

Saldo promedio de cuenta de ahorro: _____
Savings Act. Balance

Saldo promedio de cuenta de ahorro: _____
Savings Act. Balance

Nombre del banco: _____
Name of Bank

Nombre del banco: _____
Name of Bank

DEPENDIENTES (DEPENDENTS)	Edad (Age)	Custodia compartida (Joint Custody) (Sí/No)	¿Su hijo/a vive con Usted? (Does Child Live With You?) (Sí/No) ¿Con qué frecuencia? (How Often?)	¿Recibe el otro (padre o madre) Asistencia Médica(MA)? (Is other parent on MA?) (Sí/No)	Ayuda mensual (Monthly Support)	pagado/ recibido (Paid/ Received)

Bienes (Assets)

Automóvil marca/modelo: _____ Propio/arriendo: _____ Año: _____ Saldo por pagar: _____
Automobile make/model Own//lease Year Balance owed:

Automóvil marca/modelo: _____ Propio/arriendo: _____ Año: _____ Saldo por pagar: _____
Automobile make/model Own//lease Year Balance owed:

Valor de bienes raíces: _____ Saldo de hipoteca: _____
Real Estate value Balance on Mortgage

¿Declaró impuestos el año pasado? Sí/Yes (Por favor adjunte una copia) No/No Razón _____
Did you file taxes last year? (Please attach.) Reason

Gastos mensuales para el hogar (Monthly Household Expenses)

Alquiler/Renta: _____ Televisión por cable: _____ Comida: _____
Rent Cable TV Food

Hipoteca: _____ Teléfono: _____ Pagos de automóvil: _____
Mortgage Telephone Car Payments

Impuestos de bienes raíces: _____ Teléfono celular: _____ Gasolina: _____
Real Estate Taxes Cell Phone Gasoline

Calefacción: _____ Cuidado de niños: _____ Matrícula escolar: _____
Heat Child care Tuition

Electricidad/Luz: _____ Medicamentos: _____ Otro (contribuciones con impuestos aplazados): _____
Electric Medication Other (tax-deferred contributions)

Agua/Alcantarillado: _____ Ropa: _____ Gastos para seguro: _____
Water/sewer Clothing Insurance Expense

Auto Casa/Inquilino Vida Médico
Auto Home/Renter's Life Health

Comentarios/Remarks: _____

Form completed with patient via phone

Dinero debido por garante (y/o esposo/a si es pertinente) por gastos médicos u otros gastos familiares

Household/Family Medical and Other Bills Owed by Guarantor (and Spouse, if Applicable)

Hospital (ponga los nombres de los hospitales): Hospital (List Hospital Names)	Saldo: Balance	Pago mensual: Monthly Payment
1. UW Hospital & Clinics (866) 841-8535 _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Doctor/Clinica (ponga los nombres) Doctor/Clinic (List Names)	Saldo: Balance	Pago mensual: Monthly Payment
1. UW Health Physicians (877) 565-8855 _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Prestamos de banco/unión de crédito (ponga el propósito del préstamo) Bank/Credit Union Loans (List Purpose of Loan)	Saldo: Balance	Pago mensual: Monthly Payment
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Tarjetas de crédito (ponga la razón por la cual las usó): Credit Cards or Other Bills (List Reasons for Use)	Saldo: Balance	Pago mensual: Monthly Payment
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si usted tiene gastos adicionales por favor póngalos en otra hoja. Por favor adjunte una copia de su última declaración de impuestos y de los dos últimos talones de cheque de su empleo para verificar los ingresos. Si su único ingreso es Seguro Social, por favor mande adjunto una copia de su Carta de aprobación del Seguro Social O 2 estados de cuenta bancaria mostrando el depósito directo.
 If you have additional expenses, please attach a separate sheet. Please enclose a copy of your last tax return and last two payroll check stubs to verify income. If your only income is Social Security, please enclose a copy of your Social Security Award Letter OR 2 bank statements showing the direct deposit.

Para ahorrar tiempo y esfuerzo la Fundación Médica de la Universidad de Wisconsin y el Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin usan el mismo formulario.
 To save patients time and effort, the University of Wisconsin Medical Foundation and University of Wisconsin Hospital and Clinics coordinate by using a single form.

Yo entiendo que esta información será usada únicamente para determinar responsabilidad financiera por las cuentas de la Fundación Médica de la Universidad de Wisconsin y el Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin y se mantendrá la confidencialidad. Mi firma da autorización a la Fundación Médica de la Universidad de Wisconsin y el Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin para verificar cualquier dato que he dado en estas hojas.
 I understand this information will be used only for determination of financial responsibility for my charges at the University of Wisconsin Medical Foundation and University of Wisconsin Hospital and Clinics and will be kept confidential. My signature authorizes the UW Medical Foundation and UW Hospital and Clinics to verify any information furnished on this form.

A mi leal saber, la información provista arriba es verídica y correcta.
 To the best of my knowledge, the information provided above is true and correct.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____
 Patient/Guarantor Signature Date

Firma de la persona que completó este formulario si no es el paciente: _____ Fecha: _____
 Signature of person completing form if different from patient Date

Form completed with patient via phone