

Favor marque y complete los artículos que necesitan ser actualizados:

- Mi estado Marital ha cambiado y ahora es: _____
Si su nombre ha cambiado, se le va a pedir que provea su nueva tarjeta de Seguro Social e identificación.

- Mi información de "Contacto de Emergencia" ha cambiado y ahora es:

Nombre	Numero de Teléfono	Relación al Paciente
--------	--------------------	----------------------

- Mi estado de seguro de salud ha cambiado a:
- Sin seguro médico, solicita Escala de pago
 - Sin seguro médico, NO solicita Escala de pago
 - Con seguro médico, solicita Escala de pago
 - Con seguro médico, NO solicita Escala de pago (*Si pierde el seguro médico, no se registrará automáticamente en la Escala de pago*)
(Favor provea una copia de su nueva tarjeta de seguro)

- El Ingreso de mi Hogar ha cambiado y ahora es:
(Favor, si es posible, provea información de soporte para cambios de ingreso)

INGRESOS FAMILIARES - IMPORTE Y FRECUENCIA	Solo para el Uso del Personal de BHA
Por hora: \$ _____ x 2080 = \$ _____	Nueva Determinación de SFS basada en nuevas finanzas provistas o testimonio: _____
Por semana: \$ _____ x 52 = \$ _____	
Por mes: \$ _____ x 12 = \$ _____	
Otra: \$ _____ x _____ = \$ _____	

- El número de miembros en mi hogar ahora es: _____
- Ahora tengo otro ingreso tal como Desempleo, AFDC, SSI, Manutención de Niños, Seguro Social, etc. En la cantidad de:

FUENTE DE INGRESOS FAMILIARES (marque las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____	por mes
<input type="checkbox"/> Ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC)	\$ _____	por mes
<input type="checkbox"/> Seguro social	\$ _____	por mes
<input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI)	\$ _____	por mes
<input type="checkbox"/> Manutención de hijos	\$ _____	por mes
<input type="checkbox"/> Otra	\$ _____	por mes

- Deseo cambiar mi elección de Consentimiento de Intercambio de Información de Salud, Consentimiento para Tratamiento Propio o de otro Paciente, Formulario HIPAA, o estatus de Directiva Avanzada. (Un Nuevo formulario se le será provisto)
- Deseo recibir más información sobre el Resumen del Aviso de Privacidad de BHA o el Modelo Medico de Hogar. (Se le brindará una hoja)

Esta firma representa un certificado oficial a la exactitud de los cambios como se señaló anteriormente.

Firma del paciente o del tutor

Fecha

Representante de BHA

Fecha