

|                    |  |  |        |
|--------------------|--|--|--------|
| <b>TÍTULO</b>      | Asistencia financiera - Hospitales de Carolina del Norte [ <i>North Carolina Hospitals</i> ] (clínicas basadas en proveedores)<br><i>Anteriormente, "Atención de caridad"</i>  |  |        |
| <b>NÚMERO</b>      | NH-LD-FM-111.1   | <b>Fecha de entrada en vigencia de la última revisión:</b> | Ene-25 |
| <b>CATEGORÍA</b>   | LD-FM  |  |        |
| <b>SE APLICA A</b> | Novant Health: BalMC, BMC, FMC (FMC principal, CMC, KMC y otras ubicaciones), HMC, MMC, MPH, MHMC, PMC (PMC principal, COH y otras ubicaciones), RMC, TMC<br>Novant Health: New Hanover Regional Medical Center, Pender Medical Center |  |        |

**I. ALCANCE/PROPÓSITO**

El lema de Novant Health, “Creamos un futuro más saludable y damos vida a experiencias extraordinarias”, refleja el legado sin fines de lucro y la responsabilidad social de Novant Health hacia las comunidades en las que nos encontramos.

**II. POLÍTICA**

Todos los hospitales de Novant Health y las clínicas basadas en proveedores de Carolina del Norte (“Novant Health”) brindarán Asistencia financiera (atención gratuita) para pacientes de bajos ingresos que cumplan con los requisitos necesarios. Este servicio, junto con otros servicios de beneficios comunitarios, es esencial para la ejecución de la misión de Novant Health.

El propósito de esta política es establecer los criterios y condiciones para brindar Asistencia financiera a pacientes a quienes les resulta difícil o imposible pagar servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico debido a su situación financiera. Esta política no cubre servicios opcionales. Las personas que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en esta política califican para recibir atención sin cargo para servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico. Se mantendrán la confidencialidad de la información y la dignidad individual de todas las personas que soliciten ayuda de conformidad con esta Política.

El equipo de Liderazgo Ejecutivo de Novant Health o la Junta Directiva de Novant Health deben aprobar cualquier modificación de esta Política.

**A. Elegibilidad para recibir Asistencia financiera.**

1. Área de servicio –
  - a. Pacientes del hospital: Todos los residentes de Carolina del Norte y los residentes que no sean de Carolina del Norte dentro de un área de servicio de Novant Health (ver el [documento adjunto](#)) son elegibles para solicitar Asistencia financiera, según se define en esta Política. Asistencia financiera.
2. Ingresos para Asistencia financiera. El paciente debe tener ingresos familiares anuales inferiores o iguales al 300 % de las Pautas Federales de Pobreza disponibles para el año actual, para poder acceder a Asistencia financiera.
3. Servicios cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen servicios de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico recibidos en un hospital de Novant Health

- o el consultorio de un proveedor. Asistencia financiera
4. **Circunstancias especiales.** Los pacientes fallecidos pueden ser considerados para recibir Asistencia financiera. Los pacientes que están en bancarrota también pueden ser elegibles para recibir Asistencia financiera.

B. Asistencia financiera.

**Pacientes sin seguro.** Los pacientes sin seguro que cumplan con los requisitos anteriores y cualquier paciente sin seguro que se considere elegible para recibir Asistencia financiera en virtud de esta Política obtendrán un ajuste del 100 % en cualquier cargo por los servicios cubiertos en virtud de esta póliza.

**Pacientes con seguro.** SOLO PARA RESIDENTES DE CAROLINA NORTE: Los pacientes con seguro que cumplan con los requisitos anteriores y cualquier paciente con seguro que se considere elegible para recibir Asistencia financiera en virtud de esta Política obtendrán un descuento en la responsabilidad del paciente aplicable (menos los copagos) de la siguiente manera:

Ingresos por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL): 100 % de descuento.

Ingresos entre el 200 % y el 250 % del FPL: 75 % de descuento.

Ingresos entre el 250 % y el 300 % del FPL: 50 % de descuento.

Además, para los pacientes con seguro y con ingresos entre el 200 % y el 300 % del FPL, se ofrece un plan de pago, sin intereses, con un plazo de no más de treinta y seis (36) meses y pagos de no más del cinco por ciento (5 %) del ingreso mensual familiar. Los planes de pago pueden establecerse con plazos superiores a treinta y seis (36) meses, siempre y cuando el monto total cobrado no supere lo que se habría cobrado con un plan de pago por ingresos de 36 meses/5 %.

- C. **Solicitud:** a modo de vía alternativa para los pacientes que no se consideren presuntamente elegibles (ver la sección D Determinación de presunta elegibilidad), el paciente completará una solicitud (ver la solicitud adjunta) con todos los datos de respaldo necesarios para verificar la elegibilidad para la Asistencia financiera y la devolverá a la oficina comercial, al defensor del ciclo de ingresos o a un asesor financiero del centro o clínica. Los datos de respaldo incluyen documentos de constancia de ingresos, como los formularios W2, recibos de sueldo o la declaración de impuestos del año anterior. Los pacientes sin una fuente de ingresos deben enviar una carta de respaldo que indique su necesidad de ser considerados para recibir Asistencia financiera en función de su situación financiera actual. Las cartas deben, como mínimo, especificar que el paciente no tiene documentación financiera de respaldo para proporcionar. Consulte la **Sección G** a continuación. Las solicitudes se mantendrán en el centro o la oficina comercial de la clínica y se proporcionarán a las personas que soliciten Asistencia financiera o estén identificadas como posibles candidatas para recibir Asistencia financiera. Las solicitudes están disponibles en inglés y español. Para proporcionar asistencia para completar la solicitud, póngase en contacto con un asesor financiero a través de cualquiera de los números telefónicos indicados en la **Sección O** de esta Política.

**Determinación basada en la solicitud:** una vez que se reciban los documentos completos y se haya tomado una determinación de elegibilidad, se enviará una carta de notificación a cada

solicitante en la que se le informará acerca de la decisión de los centros o la clínica. Si el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad, se lo designará como elegible para recibir Asistencia financiera. Se contactará por teléfono, correo electrónico o correo postal a los pacientes que presenten solicitudes incompletas y/o no proporcionen la documentación de respaldo, si se cuenta con su número de teléfono, correo electrónico o dirección.

- D. Determinación de presunta elegibilidad: la presunta elegibilidad se extenderá en función de ciertos criterios no basados en los ingresos, de la siguiente manera: carencia de hogar; incapacidad mental sin que nadie actúe en nombre del paciente; inscripción en Medicaid de un paciente o un niño en su unidad familiar; inscripción en otro programa de asistencia pública sujeto a prueba de ingresos (incluido, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños, Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria).

La evaluación no basada en los ingresos y la notificación a los pacientes de la elegibilidad se completarán de la siguiente manera:

Servicios de departamentos que no son de emergencia

- Evaluación: previo al ingreso o en el ingreso;
- Notificación: antes del alta hospitalaria.

Servicios del departamento de emergencia

- Evaluación: lo antes posible y antes del alta hospitalaria, si es posible;
- Notificación: antes de emitir la factura al paciente.

- E. Proveedores que brindan atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico: cada centro de NH mantiene una lista de proveedores que brindan atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico en el centro de NH, lo que identifica qué proveedores están cubiertos de conformidad con esta Política (“Lista de proveedores”). Esta lista puede actualizarse regularmente sin la aprobación de la Junta de administración del centro de NH. Se puede obtener una Lista de Proveedores a través del sitio web de Novant Health o al ponerse en contacto con un asesor financiero a través de los números telefónicos indicados en la Sección O de esta Política.
- F. Período de elegibilidad: la solicitud y la documentación de la Asistencia financiera deben actualizarse cada seis meses, o en cualquier momento durante ese período de seis meses en que los ingresos familiares del paciente o el estado de su seguro se modifica de tal manera que el paciente pierde su elegibilidad. Se revisará cada visita dentro del período de seis meses para identificar posibles accesos a otros Programas de Asistencia.
- G. Sin documentación financiera de respaldo: los pacientes sin una fuente de ingresos pueden clasificarse como caridad. Los pacientes sin una fuente de ingresos deben enviar una carta de respaldo que indique su necesidad de ser considerados para recibir Asistencia financiera en función de su situación financiera actual. Las cartas deben, como mínimo, especificar que el paciente no tiene documentación financiera de respaldo para proporcionar. La Asistencia financiera no puede negarse conforme a esta Política si el solicitante no cumple con el requisito de brindar información o documentación que esta Política o el formulario de solicitud no le exigen a una persona que proporcione.
- H. Acciones de facturación y cobro: para obtener información acerca de las actividades de facturación y cobros de Novant Health, por favor consulte la Política de Facturación y

Cobros de Novant Health. Se puede obtener una copia de la política a través del sitio web de Novant Health o al ponerse en contacto con un asesor financiero a través de los números telefónicos indicados en la Sección O de esta Política.

- I. Fecha de entrada en vigencia de la Asistencia financiera: si bien es conveniente determinar la elegibilidad de un paciente para recibir Asistencia financiera lo más cerca posible a la fecha en que se prestará el servicio, siempre que el paciente envíe la documentación requerida dentro del Período de solicitud, se proporcionará la Asistencia financiera, si se considera elegible.
- J. Mantenimiento de registros: los registros relativos a los posibles pacientes de Asistencia financiera deben obtenerse rápidamente para su uso. Las imágenes de los documentos relativos a la Asistencia financiera son accesibles para recuperarlas en las siguientes áreas a nivel de cuenta o registro médico del paciente:
- Ciclo de ingresos de NHMG: La documentación de la solicitud se almacena en armarios de archivos cerrados durante 30 días y luego se escanea en OnBase de Hyland y/o el administrador de medios en Dimensions para su almacenamiento.
  - Centros de radiología ambulatoria de NH: Los documentos se escanean en el administrador de medios en Dimensions para su almacenamiento.
  - Centros de atención aguda Dimension de NH: Los documentos se escanean en el administrador de medios en Dimensions para su almacenamiento.
- K. Cargos: no se le cobrará a ninguna persona que sea elegible para recibir Asistencia financiera por atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico según esta Política. Si Novant Health cobrara por recibir atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico según esta Política, usaría el método prospectivo para determinar los montos generalmente facturados utilizando las tarifas de Medicaid (“amounts generally billed, AGB”) y no le cobraría a una persona elegible para Asistencia financiera una cantidad superior a los AGB.
- L. Presupuesto de la Asistencia financiera: la disponibilidad de la Asistencia financiera puede limitarse según el presupuesto de Novant Health u otras restricciones financieras, lo cual impactaría en la capacidad de Novant Health de mantenerse financieramente viable.
- M. Notificación pública y publicación: Novant Health pondrá a disposición del público información acerca de la asistencia brindada en esta Política de la siguiente manera:
- Esta Política, la solicitud y un Resumen en lenguaje común estarán disponibles en el sitio web de NH.
  - Copias impresas de esta Política, la solicitud y un Resumen en lenguaje común estarán disponibles a solicitud y sin cargo, tanto por correo como en establecimientos públicos de todos los centros de Novant Health, incluidas, como mínimo, las áreas de emergencia y admisión.
  - Folletos de Asistencia financiera, que informan al lector acerca de la Asistencia financiera disponible conforme a esta Política, sobre cómo obtener más información acerca de esta Política y el proceso de solicitud, y cómo obtener copias de esta Política, la solicitud y un Resumen en lenguaje común, están disponibles en diferentes clínicas de salud gratuitas de la comunidad dentro de las áreas de servicio de Novant Health.
  - Como parte del proceso de admisión o de alta hospitalaria, se le ofrecerá a los pacientes una copia impresa del Resumen en lenguaje común.
  - Los estados de facturación incluirán una llamativa notificación para informar al lector acerca de esta Política, como se establece más detalladamente en la Política de facturación y cobro de Novant Health.

- Se colocarán avisos públicos ostensibles que informen y notifiquen a los pacientes acerca de esta Política en establecimientos públicos de todos los centros de Novant Health, incluidas, como mínimo, las áreas de emergencia y admisiones.

N. Acceso para personas con un dominio limitado del inglés: Novant Health pondrá esta Política, el formulario de solicitud y el Resumen con lenguaje común a disposición de todas las poblaciones importantes que tienen un dominio limitado del inglés (*Limited English Proficiency*, LEP). Para determinar si una población es importante, Novant Health utilizará un método razonable para determinar los grupos lingüísticos de LEP dentro del área de servicio de Novant Health.

O. Disponibilidad de la Política y documentos relacionados: para los pacientes de hospital, se puede obtener una copia de esta Política, un Resumen en lenguaje común, una solicitud, la Lista de Proveedores y la Política de Facturación y Cobros de la siguiente manera:

- Visite el sitio web de Novant Health: <https://www.novanthealth.org/for-patients/billing-insurance/financial-assistance/>
- Al visitar la oficina de Asesoramiento Financiero en cualquier hospital de Novant Health.
- Al llamar sin cargo al servicio de atención al cliente al 888-844-0080.
- Al llamar a un asesor financiero de un hospital de Novant Health a los números que se detallan a continuación:

|   |                |
|---|----------------|
| Novant Health Forsyth Medical Center<br>Novant Health Clemmons Medical Center<br>Novant Health Kernersville Medical Center<br>Novant Health Medical Park Hospital<br>Novant Health Thomasville Medical Center   | (336) 718-5393 |
| Novant Health Presbyterian Medical Center<br>Novant Health Matthews Medical Center<br>Lista de proveedores 501r de Novant Health<br>Huntersville Medical Center<br>Novant Health Charlotte Orthopedic Hospital<br>Novant Health Rowan Medical Center<br>Novant Health Mint Hill Medical Center<br>Novant Health Brunswick Medical Center<br>Novant Health Ballantyne Medical Center | (704) 384-0539 |
| Novant Health New Hanover Regional Medical Center<br>Novant Health Scotts Hill Medical Center<br>Novant Health Pender Medical Center  | (910) 667-4888 |

Se puede obtener una copia de la Política de Asistencia financiera, un Resumen en lenguaje común, una solicitud y la Política de facturación y cobros; para ello, se debe poner en contacto con la clínica determinada.

**EXCLUSIONES:** Esta política solo se aplica a servicios prestados en las filiales de Novant Health y no se aplica a servicios prestados por ningún médico o profesional independiente. Esta Política tampoco se aplica a los servicios prestados dentro o fuera del hospital/centro por médicos u otros proveedores de atención médica, incluidos, entre otros, anestesiólogos, radiólogos o patólogos, que no sean empleados de Novant Health.

### III. PERSONAL CALIFICADO

No corresponde

### IV. EQUIPO

No corresponde

### V. PROCEDIMIENTO

*El procedimiento sirve como orientación para ayudar al personal a lograr las metas de la política. Mientras el personal sigue estos lineamientos sobre los procedimientos, se espera que aplique su buen juicio dentro del alcance de su especialidad o sus responsabilidades laborales.*

No corresponde

### VI. DOCUMENTACIÓN

No corresponde

### VII. DEFINICIONES

**Filial:** incluye a Novant Health, Inc. y cualquier entidad que le pertenezca completamente o una entidad operada bajo el nombre de Novant Health.

**Período de solicitud:** el período que comienza en la fecha en que se proporciona la atención a una persona y finaliza el día 240 después de que se le proporciona a la persona el primer estado de facturación por la atención.

**Programa de derecho a la asistencia:** un programa del gobierno que garantiza ciertos beneficios de atención médica a un segmento de la población. Esto no incluye el intercambio de atención médica establecido por la Ley de Atención Asequible.

**Familia:** aquí se incluyen el marido, la esposa y los hijos (incluidos hijastros) que vivan en la casa y sean dependientes que reúnen los requisitos necesarios para los fines impositivos.

**Asistencia financiera:** los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumple con los estándares de medicina aceptados, y que produciría un cambio adverso en el estado de salud si no se tratara inmediatamente.

**Ingresos:** ganancias familiares y beneficios en efectivo anuales provenientes de todas las fuentes antes de la deducción de impuestos, menos los pagos efectuados para pensión alimenticia y manutención infantil.

**Servicios necesarios desde el punto de vista médico:** los servicios para una afección, que produciría un cambio adverso en el estado de salud del paciente si no se tratara inmediatamente.

**Resumen en lenguaje común:** declaración escrita que notifica a una persona que el centro de Novant Health ofrece Asistencia financiera en virtud de esta Política y proporciona la siguiente información adicional en un lenguaje claro, conciso y fácil de comprender: (i) una descripción breve de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida de conformidad con esta Política; (ii) un resumen breve sobre cómo solicitar la asistencia de conformidad con esta Política; (iii) la dirección directa del sitio web (o URL) y las ubicaciones físicas donde la persona puede obtener copias de esta Política y el formulario de solicitud; (iv) instrucciones sobre cómo la persona puede obtener una copia gratuita de esta Política y el formulario de solicitud; (v) la información de contacto, incluidos el número de teléfono y la ubicación física, de la oficina o el departamento del centro que puede proporcionar información acerca de esta Política y la oficina o el departamento que puede proporcionar ayuda con la solicitud, o una agencia gubernamental o una agencia sin fines de lucro que puede brindar ayuda; (vi) una declaración de la disponibilidad de las traducciones de esta Política, la solicitud y el Resumen en lenguaje común en otros idiomas, si corresponde y (vii) una declaración de que no se le podrá cobrar a una persona elegible para la Asistencia financiera una cantidad superior al monto que generalmente se factura a las personas con un seguro que cubre la misma atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico.

## VIII. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Liquidación por catástrofe, descuento para personas sin seguro, plan de pago, admisiones, cargos y asesoramiento financiero, facturación y cobro, Asistencia financiera (Hospitales de CS), Asistencia financiera (clínicas no basadas en proveedores, ASC, etc.)

## IX. REFERENCIAS

No corresponde

## X. PRESENTADO POR

Asistencia financiera de Novant Health/Subcomité de Deuda Incobrable

## XI. PALABRAS CLAVE

Caridad, paciente sin seguro, Asistencia financiera,

|  |   |
|--|---|
| <b>XII. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA INICIAL FECHAS EN QUE SE HACEN EFECTIVAS LAS REVISIONES</b> | 1.º de junio de 2015<br>01/2016; 08/15/18, 03/2020, 02/2021 (NH-NHRMC, NHMG Coastal Region, adopción de LLC), 01/2025 |
| <b>FECHAS DE REVISIONES (sin cambios)<br/>Fecha de vencimiento de la próxima revisión</b>        | Enero de 2028   |

**HOJA DE FIRMAS**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>TÍTULO</b>      | Asistencia financiera - Hospitales de Carolina del Norte (clínicas basadas en proveedores) (anteriormente, "Atención de caridad")  |
| <b>NÚMERO</b>      | NH-LD-FM-111.1   |
| <b>CATEGORÍA</b>   | LD-FM  |
| <b>SE APLICA A</b> | Novant Health: BalMC, BMC, FMC (FMC principal, CMC, KMC y otras ubicaciones), HMC, MMC, MPH, MHMC, PMC (PMC principal, COH y otras ubicaciones), RMC, TMC<br><br>Novant Health: New Hanover Regional Medical Center, Pender Medical Center |
| <b>ACCIÓN</b>      | Revisado   |

**APROBADO POR:**

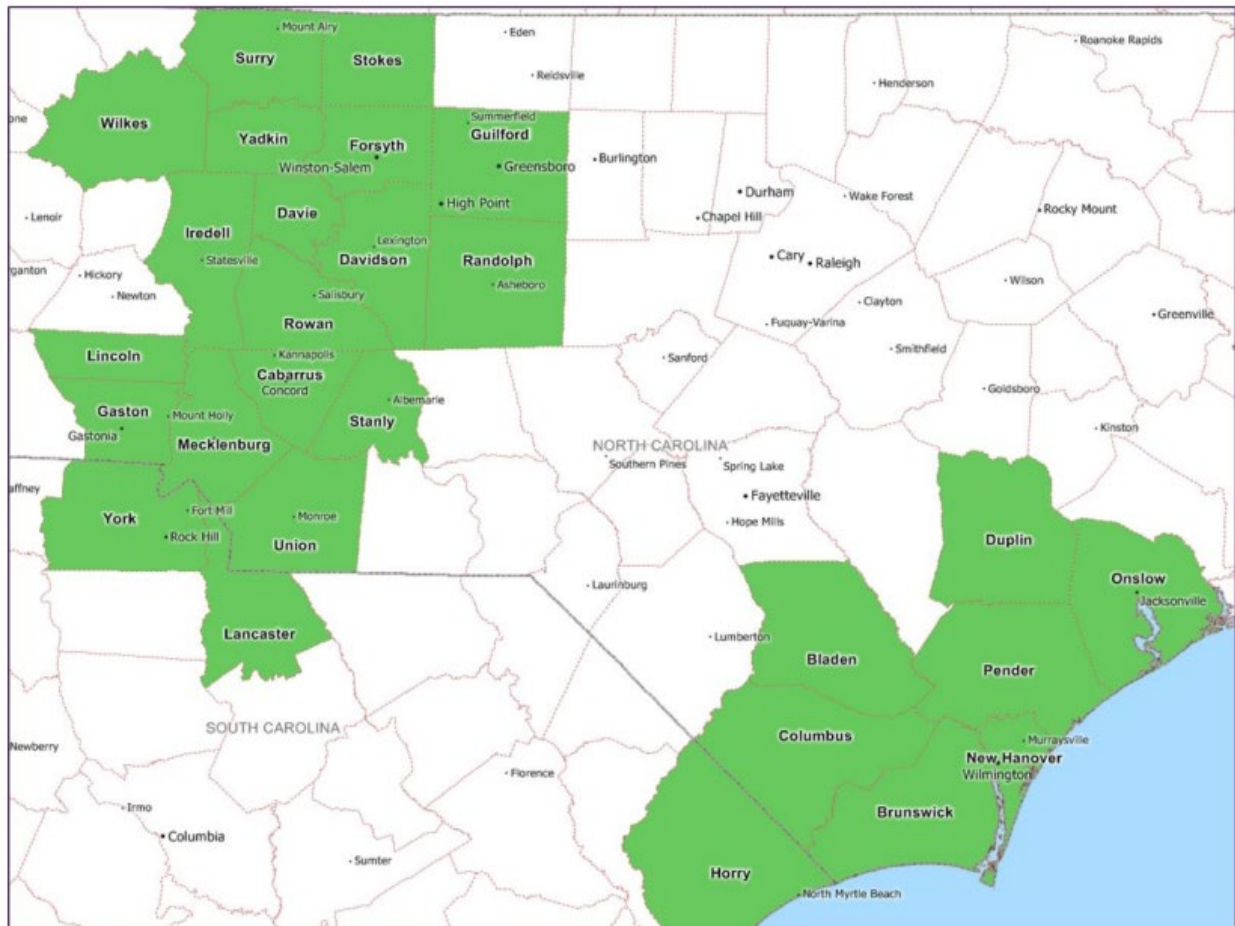
| <b>Título</b>                                     | <b>Aprobado por</b> | <b>Firma</b> | <b>Fecha</b>               |
|---|---------------------|--------------|----------------------------|
| Vicepresidente ejecutivo, director financiero     | Alice Pope          |              | Ver aprobación electrónica |
| Pres. /director de operaciones, NH NHRMC          | Ruth Glaser         |              | Ver aprobación electrónica |
| Pres., Scotts Hill/director de operaciones, NHRMC | Laurie Whalin       |              | Ver aprobación electrónica |

**COMITÉS APROBADOS POR:**

| <b>Comité</b>                                      | <b>Presidente/Persona designada</b> | <b>Fecha</b>     |
|--|-------------------------------------|------------------|
| Equipo ejecutivo de NH                             | Alice Pope                          | <b>Pendiente</b> |
| Aprobación de la Junta Directiva Regional de Triad | Avery Hall, presidente              | 10/24/2024       |
| Junta de Administradores de Novant Health          | Laura A. Schulte, presidente        | 11/18/2024       |
| Aprobación de la Junta Directiva Regional de SPR   | Dra. Kimberly Case, presidente      | 11/25/2024       |



## Área de servicio para Carolina del Norte y Carolina del Sur



## Solicitud de asistencia financiera

### I. Características demográficas del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Nombre del garante: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado Asistencia financiera en algún centro de Novant Health, Inc. (por ej., Novant Health Medical Group, Novant Health Hospital, centros de diagnóstico por imágenes de Novant Health) en el pasado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Si la ha solicitado, ¿cuál es la fecha de la solicitud o la aprobación?** \_\_\_\_\_

### II. Información familiar

|   |               |                |  |   |
|---|---------------|----------------|--|---|
| <b>Estado civil</b> ( <i>Encierre en un círculo una opción</i> )                            | <b>Casado</b> | <b>Soltero</b> | <b>Separado</b>                            | <b>Total de miembros en la familia:</b> |
| <b>Nombres de los dependientes</b> ( <i>Adjunte una hoja aparte para los dependientes</i> ) |               |                | <b>Fecha de nacimiento del dependiente</b> |   |
|   |               |                |  |   |
|   |               |                |  |   |

### III. Empleo/Ingresos

|   |   |
|---|---|
| <b>Empleador del paciente/garante:</b>  |   |
| <b>Monto de ingresos brutos mensuales: \$</b>   |   |
| <b>Fuente de ingresos:</b> <i>adjunte una verificación o explicación de la situación actual</i> |   |
| <b>Fuente de ingresos del cónyuge o de otro tipo y monto de ingresos brutos mensuales: \$</b>   |   |
| <b>Ingresos familiares brutos anuales totales: \$</b>   |   |
| <b>¿Posee una cuenta bancaria activa?</b>   | <b>¿Declaró los impuestos del año anterior?</b> |

### IV. Verificación del seguro

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| <b>¿Posee algún seguro médico?</b>  | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <b>Nombre de la compañía de seguro:</b>   |           |           |
| <b>¿Tiene empleo?</b>   | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <b>Para el empleador actual o si quedó desempleado en los últimos 90 días, ex empleador, por favor proporcione:</b> |           |           |
| <b>El nombre del empleador (y las fechas de empleo si ya no es empleado):</b>                                       |           |           |
| <b>El nombre de la compañía aseguradora patrocinada por su empleador (si la hubiera):</b>                           |           |           |
| <b>Si quedó desempleado recientemente, ¿es elegible para los beneficios de COBRA?</b>                               |           |           |

Certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que información fraudulenta o falsa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para la facturación y el cobro conforme a las leyes federales y estatales vigentes. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos antes de realizar cualquier consideración. Los comprobantes de ingresos aceptables pueden ser, entre otros: copia de los talones de sueldo, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del empleador donde se indique el sueldo actual y las horas trabajadas.

|                                   |  |               |
|-----------------------------------|--|---------------|
| <b>Firma del paciente/garante</b> |  | <b>Fecha:</b> |
| Firma del entrevistador           |  | Fecha:        |
| Firma del gerente                 |  | Fecha:        |
| Firma del director                |  | Fecha:        |
| Firma del VP                      |  | Fecha:        |
| Comentarios                       |  |               |