



**Fundación  
Oncológica**  
HIMA • San Pablo

## SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

### **I. Identificación del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social Núm.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir u otra identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

Género: F / M Nombre de custodio del paciente (si aplica): \_\_\_\_\_

### **II. Información de contacto del Paciente o Custodio (si aplica)**

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **III. Plan de seguro de salud**

¿Tiene plan de seguro de salud? [  ] Sí [  ] No

Si tiene, indique todos los tipos de planes que apliquen:

[  ] Mi Salud [  ] Seguro Privado (Identifique: \_\_\_\_\_) [  ] Medicaid [  ] Medicare

[  ] Medicare Plus [  ] Otro: \_\_\_\_\_

¿Posee cubierta de farmacia? [  ] Sí [  ] No

Si no tiene, explique detalladamente porqué y demuestre haber agotado las posibilidades de obtener cubierta de seguro de salud:

---

---

---

---







**Fundación  
Oncológica**  
HIMA • San Pablo

## INFORMACIÓN DE SALUD

### **I. Identificación del Paciente que ha solicitado ayuda económica**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de solicitud sometida: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

Género: F / M Nombre de custodio del paciente (si aplica): \_\_\_\_\_

### **II. Información sobre el profesional de salud que llena el formulario**

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de profesional: \_\_\_\_\_

Servicio ofrecido al paciente solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre de la Clínica u Hospital: \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario (si otro): \_\_\_\_\_

Relación con profesional de la salud: \_\_\_\_\_

### **III. Información de Salud:**

Tipo de cáncer: \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico: \_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado actual: \_\_\_\_\_

Diga si es un diagnóstico nuevo o recurrente: \_\_\_\_\_





**Fundación  
Oncológica**

HIMA • San Pablo

### **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, he solicitado ayuda económica u otros servicios de apoyo a la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo en relación con mi condición médica. Entiendo que la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo necesita información sobre los servicios de salud que he recibido y sus costos para evaluar y manejar mi solicitud. Por esa razón, autorizo a que mi información de salud protegida se utilice y divulgue a la **Fundación Oncológica HIMA•San Pablo** de la siguiente manera:

1. Autorizo a la siguiente persona natural o jurídica a divulgar mi información de salud protegida: \_\_\_\_\_.

2. La información de salud protegida cuya divulgación y uso autorizo por ese medio es la siguiente: toda información y/o documentos relacionados a los servicios de salud que he recibido y sus costos relacionados, incluyendo el pago y costos de los mismos, incluyendo, pero sin limitarse a, récords médicos, notas médicas y de otro tipo, cualquier información sobre tratamiento, diagnósticos, opiniones, terapias, evaluaciones, itinerarios, altas, hospitalizaciones y de asuntos relacionados, así como documentos e información sobre admisiones, citas médicas, asistencia, estadías y/o cualquier documento relacionado que la institución a la que va dirigida esta autorización prepare y/o mantenga en el curso ordinario de los negocios.

3. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito notificándolo directamente a la Fundación Oncológica HIMA•San Pablo, siempre y cuando mi información de salud protegida no haya sido solicitada, usada y/o divulgada ya de conformidad con esta autorización. Entiendo que, una vez divulgada, la información de salud podría dejar de estar protegida.

4. Esta autorización será válida por un (1) año; y su fotocopia o copia digital debe ser considerada tan válida como el original y podrá ser utilizada para los mismos propósitos que la original.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Uso interno solamente*  
Solicitud número: \_\_\_\_\_