



001INC



PATIENT FINANCIAL SERVICES
P.O. BOX 800750
CHARLOTTESVILLE, VA 22908-0750
FAX: (434) 924-9322
1-866-320-9659

FORMA DE LA VERIFICACIÓN DEL INGRESO

NOMBRE DEL PACIENTE:
HISTORIA CLINICA #:
EMPLEADO:
NOMBRE DEL PATRÓN:
DIRECCIÓN DEL PATRÓN:

INDIQUE POR FAVOR DEBAJO DE LAS GANANCIAS GRUESAS DE EMPLEADO PARA EL PERÍODO MÁS RECIENTE DE LA PAGA (PARA UN MES):

Table with 2 columns: FECHAS and CANTIDAD DEL GRUESO. Rows for SEMANA 1-4 and a total row for GANANCIAS GRUESAS.

FIRMA AUTORIZADA

TITULO

NÚMERO DE TELÉFONO DEL PATRÓN