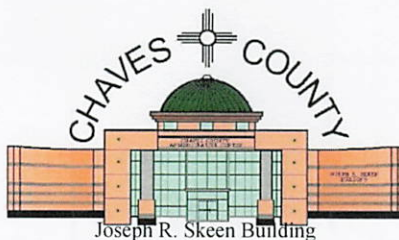


**CHAVES COUNTY
HEALTHCARE SERVICES**

P.O. Box 1597
Roswell, NM 88202-1597
Phone 575-624-6547 OR
575-624-6545
Fax 575-627-7554

Health Care Dire
Jeff Ortega



COMMISSIONERS

Dara Dana · District 1
Cliff Waide · District 2
Herbert Corn · District 3
Richard Taylor · District 4
Michael Perry · District 5

County Manager
Bill Williams

Supplemental Attachment & Declaration Statement

1. Nombre del Paciente: _____
Apellido / nombre Fecha de Nacimiento # de Seguro Social
2. Dirección: _____
Ciudad / Código Postal # de Teléfono
3. ¿Es usted un residente del Condado de Chaves? (90 días o más) Sí _____ No _____
4. Estado Civil: Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Otro: _____
5. Parentesco: Sí mismo _____ Esposo(a) _____ Dependiente _____ Otro _____
6. ¿Usted tiene Medicaid, Medicare o alguna otra cobertura médica? Sí _____ No _____ Proporcione copias de sus tarjetas. (Si aplica)
7. Nombre de la persona bajo cual estuvo la última aplicación.
_____ (Paciente) # de Seguro Social _____
_____ (Claimant) # de Seguro Social _____
8. ¿El tratamiento fue debido a un accidente? Sí _____ No _____
¿Hay alguna otra cobertura de responsabilidad? Sí _____ No _____
Detalles de accidente: _____

9. ¿El paciente fue transportado por ambulancia? Si _____ No _____ ¿Hubo otros abastecedores donde recibió servicios para esta cuenta? (proporcione copia de la cuenta) Si _____ No _____

10 Declaración Verificada de Autorización

Yo, _____, dispongo y declaro que soy el paciente o cabeza de la familia. Autorizo el uso de toda la información necesaria para determinar mi reclamo con la oficina de los Servicios de Salud del Condado de Chaves. Entiendo que el Condado de Chaves es el pagador de último recurso, y si mi reclamo es aprobado, yo acuerdo hacer un esfuerzo razonable de pagar cualquier balance restante por los que soy responsable según los requisitos de la póliza de IHC.

Patient's Signature, if patient is a minor, parent, guardian or claimant must sign

State of New Mexico)
) SS.
County of _____)

SUBSCRIBED AND SWORN BEFORE me this _____ day of _____,
20_____.

SEAL

Notary Public

My Commission Expires

*Si un paciente es un niño menor de edad, la firma debe ser de un padre, de un guardián, o de un representante de la custodia.