



**DISTRITO HOSPITALARIO DEL CONDADO DE HARRIS  
SERVICIOS PARA ELEGIBILIDAD DE PACIENTES  
FORMULARIO PARA VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA**

Nombre y domicilio del Cliente:

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Centro de Elegibilidad: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

La persona consignada más abajo nos informa que no tiene relación de parentesco con usted, pero que está familiarizada con su familia. Para ayudarnos a evaluar correctamente la situación en su hogar, necesitamos su asistencia.

Por favor complete la siguiente información y remítala a:

(imprima el nombre y el domicilio del centro correspondiente)

Por favor regrese lo más pronto posible, pero no después de \_\_\_\_\_. Apreciamos enormemente su ayuda.

**Por favor consigne todas las personas que viven en la casa, incluyendo el nombre del cliente consignado anteriormente.**

Nombre	Relación con el cliente	Nombre del empleador
Cliente		

**Puedo verificar la información anterior porque soy: (marque uno)**

Vecino       Oficial escolar       Amigo  
 Clérigo       Empleador       Niñera       Otros (explique) \_\_\_\_\_

**¿Cuánto hace que conoce a la familia?** \_\_\_\_\_ años, \_\_\_\_\_ meses o \_\_\_\_\_ semanas.

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

Por favor a continuación escriba su nombre, domicilio y número telefónico en imprenta:

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_