

CARTA DE RESPALDO

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____

A quien corresponda:

Quien suscribe, _____, proporciona alojamiento o asistencia financiera a
(nombre del paciente) _____ desde (mes y año en que comienza la asistencia) _____
hasta (mes y año en que finaliza la asistencia financiera o situación "en curso") _____

Comprendo que el firmar esta carta de respaldo no genera obligación alguna, pero ayudará a la persona arriba mencionada a calificar para recibir asistencia para las facturas de hospital.

Firmado por: _____ Fecha/Hora _____ a.m. / p.m.

Vínculo con el paciente: _____