



Declaración de apoyo

Nombre del paciente:	
Nombre de quien le brinda apoyo:	
Relación con el paciente:	
Frecuencia del apoyo (rodee una opción con un círculo):	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Semanal Mensual Anual </div>

Seleccione el tipo de apoyo que proporciona (seleccione todas las opciones que corresponda):

<input type="checkbox"/> Proporciono casa y comida. <input type="checkbox"/> <u>NO</u> proporciono casa y comida.
<input type="checkbox"/> Le doy dinero: Importe: _____ <input type="checkbox"/> <u>NO</u> le doy dinero. <input type="checkbox"/> Pago los gastos familiares de forma directa.
<input type="checkbox"/> Otro (explique):

Me pueden contactar al número de teléfono que sigue para verificar esta información:

(_____) _____ - _____.

Firma de quien brinda apoyo

Fecha

----- Para uso exclusivo del personal del Centro de Atención Familiar de UH Health: -----

MRN: _____

Fecha de la verificación _____

Iniciales del personal del Centro de Atención Familiar de UH Health _____