

# REGISTRATION FORM / FORMA DE REGISTRO

Date / /

Acct.#

Med. Record #

|  |                |                |  |  |
|--|----------------|----------------|--|--|
| MEDICAL GROUP<br><input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> LA<br><input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> SAE <input type="checkbox"/> PALM <input type="checkbox"/> SAM <input type="checkbox"/> TOR <input type="checkbox"/> VN | RECEP INITIALS | INSURANCE TYPE | <input type="checkbox"/> Workers Comp<br><input type="checkbox"/> COP Direct<br><input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> AUTO<br><input type="checkbox"/> PI |
|--|----------------|----------------|--|--|

## 01 Head of Household Information / Información de la cabeza de la familia (Please Print / Por favor escriba en letra de molde)

|   |             |   |   |                     |  |   |
|---|-------------|---|---|---------------------|--|---|
| LAST NAME / APELLIDO                                    |             | FIRST NAME / NOMBRE                                 |   |                     | MIDDLE INITIAL / INICIAL   |   |
| BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO                         | MONTH / MES | DAY / DÍA   | YEAR / AÑO                                      | AGE / EDAD          | SEX / SEXO   | SOCIAL SECURITY NO. / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
| ADDRESS / DIRECCIÓN                                     |             | CITY / CIUDAD                                       |   | STATE / ESTADO      |  | ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL                      |
| HOME PHONE NO. / NÚM. TELEFÓNICO DE LA CASA             |             |   | EMAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |                     |  |   |
| EMPLOYER / EMPLEADOR                                    |             |   | WORK PHONE NO. / NÚM. TELEFÓNICO DEL TRABAJO    |                     |  |   |
| ADDRESS / DIRECCIÓN                                     |             | CITY / CIUDAD                                       |   | STATE / ESTADO      |  | ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL                      |
| OCCUPATION / OCUPACIÓN                                  |             |   |   |                     | LENGTH / ¿CUÁNTO TIEMPO?   |   |
| <input type="checkbox"/> NOT EMPLOYED / NO TRABAJA      |             |   |   |                     |  |   |
| INSURANCE CO. / COMPAÑÍA DE SEGURO                      |             | MEMBER ID. NO. / NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO |   |                     | GROUP NO. / NÚM. DE GRUPO  |   |
| INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO  |             | CITY / CIUDAD                                       | STATE / ESTADO                                  | ZIP / CÓDIGO POSTAL | ADDITIONAL INSURANCE / SEGURO ADICIONAL<br><input type="checkbox"/> YES / SÍ <input type="checkbox"/> NO |   |
| ADDITIONAL INSURANCE CO. / COMPAÑÍA DE SEGURO ADICIONAL |             | MEMBER ID. NO. / NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO |   |                     | GROUP NO. / NÚM. DE GRUPO  |   |
| INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO  |             | CITY / CIUDAD                                       | STATE / ESTADO                                  | ZIP / CÓDIGO POSTAL | INSURED NAME / NOMBRE DE PERSONA ASEGURADA:  |   |

## 02 Spouse Information / Información de su cónyuge (Please Print / Por favor escriba en letra de molde)

|  |             |   |  |                          |                           |   |
|--|-------------|---|--|--------------------------|---------------------------|---|
| LAST NAME / APELLIDO                                   |             | FIRST NAME / NOMBRE                                 |  |                          | MIDDLE INITIAL / INICIAL  |   |
| BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO                        | MONTH / MES | DAY / DÍA   | YEAR / AÑO                                   | AGE / EDAD               | SEX / SEXO                | SOCIAL SECURITY NO. / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
| ADDRESS / DIRECCIÓN                                    |             | CITY / CIUDAD                                       |  | STATE / ESTADO           |                           | ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL                      |
| HOME PHONE NO. / NÚM. TELEFÓNICO DE LA CASA            |             |   | WORK PHONE NO. / NÚM. TELEFÓNICO DEL TRABAJO |                          |                           |   |
| EMPLOYER / EMPLEADOR                                   |             |   |  |                          |                           |   |
| ADDRESS / DIRECCIÓN                                    |             | CITY / CIUDAD                                       |  | STATE / ESTADO           |                           | ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL                      |
| OCCUPATION / OCUPACIÓN                                 |             |   |  |                          | LENGTH / ¿CUÁNTO TIEMPO?  |   |
| <input type="checkbox"/> NOT EMPLOYED / NO TRABAJA     |             |   |  |                          |                           |   |
| INSURANCE CO. / COMPAÑÍA DE SEGURO                     |             | MEMBER ID. NO. / NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO |  |                          | GROUP NO. / NÚM. DE GRUPO |   |
| INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO |             | CITY / CIUDAD                                       | STATE / ESTADO                               | ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL |                           |   |

## Family Members / Miembros de la familia (Please Print / Por favor escriba en letra de molde)

|   | DEPENDENTS / DEPENDIENTES |                |                | BIRTH DATE / FECHA DE NACIMIENTO | SEX / SEXO       | SOCIAL SECURITY / NÚM. DE SEGURO SOCIAL | RELATIONSHIP / RELACIÓN |
|---|---------------------------|----------------|----------------|----------------------------------|------------------|---|-------------------------|
| 03  | LAST NAME / APELLIDO      | FIRST / NOMBRE | M.I. / INICIAL | / /                              |                  |   |                         |
| 04  | LAST NAME / APELLIDO      | FIRST / NOMBRE | M.I. / INICIAL | / /                              |                  |   |                         |
| 05  | LAST NAME / APELLIDO      | FIRST / NOMBRE | M.I. / INICIAL | / /                              |                  |   |                         |
| 06  | LAST NAME / APELLIDO      | FIRST / NOMBRE | M.I. / INICIAL | / /                              |                  |   |                         |
| IN CASE OF EMERGENCY CONTACT / CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA |                           |                |                |                                  | PHONE / TELÉFONO |   |                         |

I, \_\_\_\_\_, hereby consent to any medically necessary services from Universal Care Medical Group for myself or for my minor child. By my signature below, I also acknowledge that I have received a copy of Universal Care's Notice of Privacy Practices.

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy mi consentimiento a cualquier servicio médicamente necesario por parte del grupo médico Universal Care para mí o para mi niño. Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Universal Care.

SIGNATURE / FIRMA

DATE / FECHA

PRIMARY LANGUAGE SPOKEN / IDIOMA DE PREFERENCIA:

ENGLISH / INGLÉS

SPANISH/ESPAÑOL

VIETNAMESE / VIETNAMITA

HEARING IMPAIRED / IMPEDIMENTO AUDITIVO

OTHER/OTRO \_\_\_\_\_