

REGISTRATION FORM / FORMA DE REGISTRO

Date / /

Acct.#

Med. Record #

MEDICAL GROUP <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> LA <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 <input type="checkbox"/> COP Direct <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> AUTO <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 CO. / COMPAÑÍA DE SEGURO ADICIONAL					MEMBER ID. NO. / NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	
ADDITIONAL INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO ADICIONAL					CITY / CIUDAD	
ADDITIONAL INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO ADICIONAL					STATE / ESTADO	
ADDITIONAL INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO ADICIONAL					ZIP / CÓDIGO POSTAL	
INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO					CITY / CIUDAD	
INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO					STATE / ESTADO	
INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO					ZIP / CÓDIGO POSTAL	
INSURANCE ADDRESS / DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO					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 _____