



3396 Six Forks Road Raleigh NC 27609  
919-781-8897(P) 919-782-4839(F)  
Universalfamilymedicine@yahoo.com

**PATIENT REGISTRATION FORM**  
**(Informacion del Paciente)**

**(Please Print Clearly)**

Last(Apellido)\_\_\_\_\_MI\_\_\_\_First

Name(Nombre)\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Home  
Address(Direccion)\_\_\_\_\_

City(Ciudad)\_\_\_\_\_ State(Estado)\_\_\_\_\_

Zip Code(Codigo Postal)\_\_\_\_\_

Mailing Address (If different than above) \_\_\_\_\_

City(Ciudad)\_\_\_\_\_ State(Estado)\_\_\_\_\_

Zip Code(Codigo Postal)\_\_\_\_\_

Home Phone(Telefono de casa) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Work \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**\*Emergency**

(En caso de emergencia, a quein se le puede  
notificar? Name(Nombre)\_\_\_\_\_

Telephone#(Telefono de Casa) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

**\*\* (If Patient is UNDER 18/Responsible Parent or Guardian) (Menores de 18 anos)**

**Last Name(Apellido)** \_\_\_\_\_ **MI** \_\_\_\_\_

**First Name(Nombre)** \_\_\_\_\_

**Address(Direccion)** \_\_\_\_\_ **State(Estado)** \_\_\_\_\_

**City(Ciudad)** \_\_\_\_\_ **ZipCode(Codigo Postal)** \_\_\_\_\_

**Date of Birth(Fecha de Nacimiento)** \_\_\_\_\_ **Telephone(Telefono de casa)**

**#** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

-----  
**Employer Name (Empleador)** \_\_\_\_\_

**Address(Direccion)** \_\_\_\_\_

**City(Ciudad)** \_\_\_\_\_ **State(Estado)** \_\_\_\_\_

**Zip(Codigo Postal)** \_\_\_\_\_ **Telephone#(Telefono de casa)** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**\*Pharmacy Name** \_\_\_\_\_ **Address** \_\_\_\_\_

**Telephone#** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ +

**How Did You Hear About Our Practice?** \_\_\_\_\_

-----  
**Insurance Company** \_\_\_\_\_ **Member ID** \_\_\_\_\_

**Group #** \_\_\_\_\_

**Subscriber Name** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_

-----  
**(Please check)**

**Gender(Sexo):** Male \_\_\_ Female \_\_\_ /**Student Status:** Full Time \_\_\_ Part Time \_\_\_ Not A Student \_\_\_

**Veteran:** Yes \_\_\_ No \_\_\_ /**Migrant Worker:** Yes \_\_\_ No \_\_\_ /**Need An Interpreter:** Yes \_\_\_ No \_\_\_

**Primary Language:** English \_\_\_ Spanish \_\_\_ Portuguese \_\_\_ Vietnamese \_\_\_ Other \_\_\_\_\_

**Medication refills? we ask that you contact your pharmacy to send a refill request, but require a 24-48hr for the medication to be sent back to your pharmacy. All controlled/narcotic medications require a formal office visit with the physician.**

**Insurance forms, letters, paperwork requested to be completed by the physician require a 24-48hour notice AND 24-48 hours for completion depending on how much paperwork needs to be completed and may require a fee, at the physician's discretion.**

**We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, the notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. If you have any questions about this form, please speak with our Office Manager.**

**Patient Signature** \_\_\_\_\_

**(If minor/disable parent or guardian signature)** \_\_\_\_\_

**Relationship** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Race: African-American/Black \_\_\_ Asian \_\_\_ American Indian \_\_\_ Alaskan Native \_\_\_

Pacific Islander \_\_\_ White \_\_\_ Other \_\_\_

Hispanic/Latino \_\_\_ Not Hispanic Latino \_\_\_

Marital Status: Single \_\_\_ Married \_\_\_ Divorced \_\_\_ Separated \_\_\_ Widowed \_\_\_ LifePartner \_\_\_

Highest Level Of Education: No Schooling \_\_\_ Not a HS Graduate \_\_\_ HS/GED \_\_\_

Some College \_\_\_ Collage Graduate \_\_\_ Post-Graduate Degree \_\_\_

---

I give permission for the providers and staff of Universal Family Medicine to release ANY information about my medical condition, labs, xrays, prescriptions and financial account to: (the names of the person(s) listed will require a photo ID when requesting any information) (Leave blank if no one to release information to)

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

---

#### Authorization And Consent

I, the undersigned certify that I have insurance coverage and assign directly to Universal Family Medicine all insurance benefits, If any other wise payable to me for service rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of this signature on insurance submissions.

Patients with co-payments must pay amount listed on card prior to being seen. Medicaid adults 21 and up must pay the \$3 copay prior to being seen. Medical records requested by patients will be charged at \$10 for first 10 pages and 0.25 per page afterward. Medical records requested by another physician will be at no charge. Self-Pay patients (NO INSURANCE) must pay the visit in full at the time of visit unless a prior arrangement is set with management prior to being seen by physician, any remaining balance must be paid in full by the time of next visit.

## Health Zone Medical Primary & Urgent Care

Los seguros medicos no cancelan la totalidad de la cuenta y no debe ser considerado asi. La clinica le cobrara a su seguro, como cortesia con usted, pero se le pide su cooperacion en darnos la informacion mas actualizada que pueda.

En el caso que su seguro niege el pago, suspenda el claim por informacion suya o adicione la cantidad a su deductible o co-insurance, la cuenta debera ser cancelada inmediatamente.

\*\* Por favor refierase a la siguiente poliza que sea pertinente para usted. Si usted no puede adherirse a estas polizas, se le pedira suspender la cita de hoy y hacer otra cita en una proxima ocasion.

1. Pacientes en la categoria "Self Pay" (sin seguro) deben pagar el costo total de la visita en el momento del servicio. Si no es posible pagar el costo total, un plan de financiamiento debe ser discutido con la clinica antes de ser atendido por el Doctor o el Asistente Medico (PA). Pago por adelantado de por lo \$76 dolares para pacientes establecidos y de \$120 dolares para pacientes nuevos se requiere antes de ser atendido. El pago complete sera cobrado despues de la atencion medica.
2. Pacientes con Co-payments en la tarjeta de seguro, deberan pagar la totalidad del valor antes de ser vistos por el Doctor o el Asistente Medico (PA).
3. Adultos con Medicaid deben pagar \$3 dolares de co-pay antes de ser atendido.
4. Pacientes con seguros medicos no afiliados a la clinica, deberan cancelar el valor total de la consulta despues de la evaluacion medica. Refierase a la primera aclaracion.
5. Pacientes envueltos en un accidente automovilistico seran responsables de pagar el valor total de la cuenta, ya que la Clinica no le cobre a terceros. Rembolsos de seguros medicos por servicios prestados, seran responsabilidad del paciente.
6. Cartas para seguro medicos o de discapacidad o formas que requieren ser llenadas por el medico, tendran un recargo de \$12 y tomaran 24 horas para ser entregadas.
7. Copias del historial medico requeridas por el paciente, tendran un costo de \$0.25 centavos por pagina. Copias del historial medico requeridas por otro Doctor seran gratuitas.
8. Refill para prescripciones seran gratuitas, pero necesitaran 24 horas de aviso previo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*Polizas son sujetos a cambio.

### Declaración de privacidad (Privacy Statement)

Es requerido por ley mantener la privacidad y proporcionar a los pacientes notification de nuestras actividades legales con respect a la proteccion de la informacion medica. Si usted tiene objection o pregunta con respect a esta forma, por favor pida hablar con nuestro/a Compliance Officer.

Su firma es necesaria para confirmar que usted ha recibido una copia de este document.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_