

REGISTRATION FORM

Do you have Medicare or Medicaid? / ¿Tiene Medicare o Medicaid?

You must answer the question and sign on the line. / Debe responder la pregunta y firmar en la línea.

Do you have Medicare or Medicaid, such as Share of Cost, Sunshine Health, Oscar, Molina, or any form of government assistance?

¿Tiene Medicare o Medicaid, como Share of Cost, Sunshine Health, Oscar, Molina, o alguna forma de asistencia del gobierno?

Yes / Si No / No

**If you answered YES, STOP and DO NOT CONTINUE.
Si respondiste SÍ, PARE AQUÍ y NO CONTINÚE.**

Signature/ Firma: _____

Date/ Fecha: _____

If you answered **NO**, you may continue to the next page.

Si respondió **NO**, puede continuar a la página siguiente.



GAP MEDICAL CENTER, APOPKA