**REGISTRATION FORM/** **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATIENT INFORMATION/** **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | | | |
| Patient Last Name/ Apellido del paciente | | First Name/ Nombre | |
| Birthdate/ Fecha de nacimiento | Age/ Edad | Social Security #/ Seguridad Social # | |
| Primary Phone/ Teléfono Principal | Secondary Phone/ Teléfono secundario | Work Phone/ Teléfono del trabajo | |
| Email/ Correo electrónico | | Male/ Masculino  Female/ Femenino | |
| Mailing Address/ Dirección de envio | | | | |
| City/ Ciudad | State/ Estado | Zip Code/ Código postal | |
| Occupation/ Ocupación | | Employer/ Empleador | |
| Marital Status/ Estado civil | | Primary Language/ Lenguaje primario | |
| Race/Raza  African American/Black (Afroamericano/ negro)  Caucasian/White (Caucásico / Blanco)  Decline to answer (Negarse a contester) | | | | |
| Ethnicity/ Etnicidad  Hispanic, Latino, or Spanish origin (Origen hispano, latino o español)  Prefer not to answer/ Prefiero no responder  Non-Hispanic, Latino or Spanish origin (Origen no hispano, latino o español) | | | | |
| Parent/Guardian Name (printed)/ Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta) | | Parent/Guardian Phone/Teléfono de padres/tutores | |
| Parent/Guardian Name (printed)/ Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta) | | Parent/Guardian Phone/Teléfono de padres/tutores | |
| **IN CASE OF EMERGENCY/EN CASO DE EMERGENCIA** | | | | |
| Name of local relative or friend/Nombre de un familiar o amigo local | | Relationship/ Relación | |
| Primary Phone/ Teléfono Principal | | | | |
| I give RCBC permission to leave a detailed message for me at the above phone number/Doy permiso a RCBC para que me deje un mensaje detallado al número de teléfono indicado anteriormente. | | Yes/ Sí  No/ No | |
| **INFORMATION OF RESPONSIBLE PARTY/** **INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE** | | | | |
| Person responsible for the bill (first and last name printed)/ Persona responsable de la factura (nombre y apellido impresos) | | | | |
| Address/ Dirección | | | Phone/ Teléfono | |
| Relationship to Patient/ Relación | | | Birthdate/ Fecha de nacimiento | |
| Employer/ Empleador | | | Employer Phone/ Teléfono del empleador | |
| Employer Address/ Dirección del empleado | | | | |
| Patient/Parent/Guardian Name (printed)/ Nombre del paciente/padre/tutor (impreso) | | | | |
| **Patient/Parent/Guardian Name (signature)/Nombre del paciente/padre/tutor (firma) Date/Fecha**  ⌦ | | | | |