**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**⌦ |