

**REGISTRATION INFORMATION FORM  
 (FORMULARIO DE REGISTRO DE INFORMACION)**

**Time of Arrival:** \_\_\_\_\_  
 (Hora de llegada)

**Last Name:** \_\_\_\_\_ **First:** \_\_\_\_\_ **Middle Initial:** \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Inicial)

**Date of Birth:** Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_  Male  Female  
 (Fecha de nacimiento) (Mes) (Dia) (Año) (Hombre) (Mujere)

**Marital Status:**  Married  Single  Widowed  Divorced  Legally Separated  
 (Estado Civil) (casado) (solo) (viudo) (divorciado) (legalmente separados)

**Race:**  American Indian/Alaska Native  Asian  Black/African American  
 (Raza) (indio Americano o native de Alaska) (asiatico) (negro o afroamericano)

Hispanic/Latino  Native Hawaiian/Pacific Island  White  Other  
 (hispano o latino) (native de Hawai o islas del Pacifico) (blanco) (otro)

**Language Spoken at Home:** \_\_\_\_\_  
 (Idioma hablado en el hogar)

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

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_  
 (Ciudad) (Estado) (Codigo postal)

**Telephone No:** \_\_\_\_\_  
 (Telefono)

**Employer:** \_\_\_\_\_  
 (Empleador)

**Personal Insurance Company Name:** \_\_\_\_\_  
 (This is used as back-up information only.)  
 (Nombre compania de seguros personales. Esto se utiliza como respaldo de informacion solo.)

**Family Doctor:** \_\_\_\_\_ **OR**  Do not have family doctor  
 (Medico de la familia)  (No tiene medico de la familia)

**Person to Notify in Case of Emergency:** \_\_\_\_\_  
 (Persona para notificar en caso de emergencia)

**Telephone No:** \_\_\_\_\_ **Relationship to You:** \_\_\_\_\_  
 (Telefono) (Relacion con usted)

