Inscripción para membresía del centro para personas mayores

Información personal

Nombre	Fecha de Nacimiento	Género

Dirección	Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono particular	Número de teléfono celular

Información de contacto de emergencia

Nombre	Relación	Número de teléfono

En caso de emergencia, ¿hay alguna condición que le gustaría compartir con el personal médico?

Datos demográficos

Por favor, indique a continuación la categoría racial o étnica con la que se identifique más. Marque una categoría. Esta información es opcional. Estos datos se utilizan para informes estadísticos anónimos.

☐ **Blanco** (no de origen hispano): Todas las personas que tienen sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el norte de África o el Oriente Medio.

☐ **Negro** (no de origen hispano): Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

☐ **Asiáticos o isleños del Pacífico:** Todas las personas que tienen sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático, el subcontinente indio o las islas del Pacífico. Esta zona incluye, por ejemplo, a China, Japón, Corea, las islas Filipinas y Samoa.

☐ **Indio americano o nativo de Alaska:** Todas las personas que tienen sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y que mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento comunitario.

☐ **Hispano:** Todas las personas de origen mexicano, puertorriqueño, cubano, centroamericano o sudamericano, u otro origen español, independientemente de su raza.

☐ **OTRO/BIRRACIAL:** Personas que no se identifican con ninguna de las categorías anteriores o que tienen orígenes raciales/étnicos mixtos o desconocidos.

Preferencia de contacto

☐ Check here to receive the newsletter by **MAIL**

☐ Check here to receive the newsletter by **EMAIL**

Nombre	Firma