

Date Received _____ Initials _____

Date entered _____ Initials _____

Picture Taken _____

Card Received _____



San Mateo Senior Center Membership Registration Information

Personal Information				
Last Name	First Name	MI	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Other	
Street Address	Apt #	City	State	Zip
Email (optional)	Home Phone		Mobile Phone	
Demographics: this data is used for anonymous statistical reporting.				
Birthdate (mm/dd/yyyy): ____ / ____ / ____		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
<p>Please indicate the racial / ethnic category which you most closely identify with below. Please check only one category and information is optional.</p> <p><input type="checkbox"/> "White" (not of Hispanic origin): All persons having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East.</p> <p><input type="checkbox"/> "Black" (not of Hispanic origin): All persons having origins in any of the Black racial groups of Africa.</p> <p><input type="checkbox"/> "Asian or Pacific Islanders": All persons having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, the Indian subcontinent or the Pacific Islands. This area includes, for example, China, Japan, Korea, the Philippine Islands, and Samoa.</p> <p><input type="checkbox"/> "American Indian or Alaskan Native": All persons having origins in any of the original peoples of North American and who maintain cultural identification through tribal affiliation or community recognition.</p> <p><input type="checkbox"/> "Hispanic": All persons of Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish origin, regardless of race.</p> <p><input type="checkbox"/> OTHER/BI-RACIAL: Persons who do not identify with any of the above categories or who have mixed or unknown racial / ethnic origins.</p>				
In an emergency, who should we call?				
(A) Emergency Contact Name			Relationship to You	
Home Phone	Mobile Phone		Work Phone	
<input type="checkbox"/> Check here to receive the monthly calendar by MAIL				
<input type="checkbox"/> Check here to receive the monthly calendar by EMAIL				
In the event of an emergency, are there any conditions you would like medical personnel to be aware of?				
Applicant Signature			Date	

Date Received _____ Initials _____

Date entered _____ Initials _____

Picture Taken _____

Card Received _____



Centro de Ancianos de San Mateo Información para Inscripción

Información Personal				
Apellido	Nombre		Inicial	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Otro
Domicilio	Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico (opcional)		Teléfono de casa	Teléfono celular	
Demografía: Estos datos se usan para reportes estadísticos anónimos				
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy): ____/____/____		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<p>Por favor indique la categoría de raza/categoría étnica con la que usted se identifica más cercanamente (marquen una categoría solamente)</p> <p><input type="checkbox"/> "Blanco" (no de origen hispano): Una persona con orígenes en cualesquiera de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio, o el norte de África.</p> <p><input type="checkbox"/> "Negro" (no de origen hispano): Una persona con orígenes en cualesquiera de los grupos raciales negros de África.</p> <p><input type="checkbox"/> "Asiático o Islas del Pacífico": Una persona con orígenes en cualesquiera de los pueblos originales del Lejano Este, Asia Sureste, el Subcontinente Indio o las Islas del Pacífico. Esta área incluye, por ejemplo, China, Japón, Corea, las Islas Filipinas y Samoa.</p> <p><input type="checkbox"/> "Amerindio o Nativo de Alaska": Una persona con orígenes en cualesquiera de los pueblos originales de Norteamérica y que mantiene identificación cultural por medio de afiliación tribal o reconocimiento de la comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> "Hispano": Una persona de origen Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, de Centro y Sudamérica u otro origen español, sin importar la raza.</p> <p><input type="checkbox"/> OTHER/BI-RACIAL: Personas que no se identifican con cualquiera de las categorías anteriores o que tienen orígenes raciales/étnicos desconocidos o mixtos.</p>				
¿A quién debemos llamar en una emergencia?				
(B) Nombre del Contacto de Emergencia			Relación a usted	
Teléfono de casa	Teléfono Celular	Teléfono Trabajo		
<input type="checkbox"/> Marque aquí para recibir el calendario mensual por CORREO				
<input type="checkbox"/> Marque aquí para recibir el calendario mensual por CORREO ELECTRONICO				
En caso de una emergencia, ¿Existe alguna condición que usted necesita que el personal médico tenga en cuenta?				
Firma del Solicitante			Fecha	