

Onsite Registration Form

If Fighter/Survivor:

Give Support / Become a Mentor

Receive Support / Request a Mentor

I Have / Had Cancer

Contact Information:

Name _____

City/State _____

Phone _____

Email _____

Date of Birth _____

Gender M___ F___

Treatment Status:

Newly Diagnosed

Currently in Treatment

Finished with Active Treatment

Living with Cancer

Other (please specify) _____

Type of Cancer _____

Stage of Cancer 1 2 3 4 N/A / Unknown

Date Diagnosed _____

If Caregiver:

Give Support / Become a Mentor

Receive Support / Request a Mentor

I Am / Was a Caregiver to Someone with Cancer

Contact Information:

Name _____

City/State _____

Phone _____

Email _____

Date of Birth _____

Gender M___ F___

Person with Cancer:

Name of patient _____

Relationship to Person with Cancer _____

Their Date of Birth _____

Their Gender M___ F___

Type of Cancer _____

Stage of Cancer 1 2 3 4 N/A / Unknown

Date Diagnosed _____

Thank you for your registration, we appreciate you!

Formulario De Inscripción En El Sitio

Es Paciente/Sobreviviente:

- Dar Apoyo / Convertirme En Mentor
- Recibir Apoyo / Ser Conectado Con Un Mentor
- Tengo / He Tenido Cáncer

Información del contacto:

Nombre _____
 Ciudad/Estado _____
 Teléfono _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento _____
 Género M ___ F___

Face del tratamiento:

- Diagnosticado recientemente
- Actualmente en tratamiento
- Tratamiento culminado
- Viviendo con cáncer
- Otro (especifique) _____
- Tipo de cáncer _____
- Etapa del cáncer 1 2 3 4 N/A / Desconocido
- Fecha del diagnóstico _____

Cuida/Cuidó de Algien con Cáncer:

- Dar Apoyo / Convertirme En Mentor
- Recibir Apoyo / Ser Conectado Con Un Mentor
- Estoy Cuidando / He Cuidado

Información del contacto:

Nombre _____
 Ciudad/Estado _____
 Teléfono _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento _____
 Género M ___ F___

Persona con Cáncer:

Nombre del paciente _____
 Parentesco _____
 Fecha de nacimiento del paciente _____
 Género del paciente M ___ F___
 Tipo de cáncer _____
 Etapa del cáncer 1 2 3 4 N/A / Desconocido
 Fecha del diagnóstico _____

¡ Gracias por su registro!