



**PATIENT INFORMATION (Informacion del paciente)**

Marital Status (Estado civil):  Child (Dependiente)  Single (Soltero)  Married (Casado)  Widowed (Viudo)

Gender (Sexo):  Male (Masculino)  Female (Femenino)

\_\_\_\_\_  
Email Address (Direccion de correo electronico)

\_\_\_\_\_  
Patient Full Name (Nombre complete del paciente)

\_\_\_\_\_  
Ethnicity/Race (Etnicidad/Raza)

\_\_\_\_\_  
Date of Birth (Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
Social Security # (Num. de Seg. Social)

\_\_\_\_\_  
Address (Direccion)

\_\_\_\_\_  
City (Cuidad)

\_\_\_\_\_  
State (Estado)

\_\_\_\_\_  
Zip (Codigo postal)

\_\_\_\_\_  
Primary Phone # (Telefono principal)

\_\_\_\_\_  
Secondary Phone # (Telefono secundario)

\_\_\_\_\_  
Employer (Empleador)

\_\_\_\_\_  
Employer Phone # (Telefono del empleador)

**Complete ONLY if NOT the Patient (Completar solo si no el paciente)**

\_\_\_\_\_  
Insured Subscriber Full Name  
(Nombre completo del suscripto)

\_\_\_\_\_  
Subscriber's Relationship to Patient  
(Relacion del suscripto con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Subscriber's Date of Birth  
(Fecha de nacimiento del suscripto)

\_\_\_\_\_  
Subscriber's Social Security #  
(Num. de Seg. Social del suscripto)

\_\_\_\_\_  
Subscriber's Phone #  
(Telefono del suscripto)

**Parent/Legal Guardian of Minor or Incapacitated Adult Only  
(Padre o Legal Guardian de menor o adulto incapacitado solo)**

\_\_\_\_\_  
Full Name  
(Nombre completo)

\_\_\_\_\_  
Relationship  
(Relacion)

\_\_\_\_\_  
Date of Birth  
(Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
Contact #  
(Numero de contacto)

The above information is true to the best of knowledge. I authorize my insurance benefits to be paid directly to the provider or Red River Urgent Care. I understand that I am responsible for any balance. I also authorize Red River Urgent Care or insurance to release any information require to process claims.

(La información anterior es fiel a lo mejor del conocimiento. Autorizo a mis beneficios de seguro a pagar directamente al proveedor de atención de urgencia de Río rojo. Entiendo que soy responsable por cualquier balance. También autorizo a Río rojo Urgent Care o seguro para liberar cualquier información requieren para procesar reclamos.)

---

**Signature (Firma)**

**Date (Fecha)**