

**Ricardo Urrutia, M.d., P.A.**

523 West Wheatland Road, Duncanville, Texas 75116 (972)298-8906 or (972)298-8907

## Información Del Paciente

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

### Información Del Guardián Legal (Padre Con Custodia De Hijo)

Nombre Del Padre: \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ D. L. # \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Nombre De Madre: \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ D. L. # \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre Y Teléfono De Pariente Mas Cercano: \_\_\_\_\_

## Información De Aseguranza

Nombre De Aseguranza Primera: \_\_\_\_\_ # De Id: \_\_\_\_\_

# De Grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre De Aseguranza Secundaria: \_\_\_\_\_ # De Id: \_\_\_\_\_

# De Grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre De Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre De Empleo: \_\_\_\_\_

Domicilio De Empleo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Si Usted No Tiene Aseguranza O Medicaid Por Favor Señale Método De Pago

No Cheques! Al Contado: \_\_\_\_\_ Master Card: \_\_\_\_\_ Visa: \_\_\_\_\_

Se Requiere Pago Anted De Servicio Medico

Autorizo Al Dr. Ricardo Urrutia, Md Y Sus Intermediarios A Someter Cobro A Mi Aseguranza Con Toda La Información Necesaria Con El Fin De Obtener El Máximo De Los Beneficios Que Mi Póliza Provee. Y Que La Aseguranza Envíe El Pago Al Dr. Ricardo Urrutia. Así Mismo Autorizo A Esta Oficina A Dar Información Y Copias De Mi Expediente Medico Para Beneficio De Salud De Mi Niño/a. Cualquier Cuenta Atrazada Mas+ 90 Días Sera Reportada A El Buro De Crédito (Collection Agency).

Cobro Por Tarjeta De Vacunas \$5.00

Cobro Por Cada Llamada A La Linea Consejera De Enfermeras \$15.00 (Paga Aquí En La Oficina)

Cobro De \$25.00 Por Expediente Medico (Primeras 25 Horas, 25c Cada Hoja Después)

Cobro De Facturación \$10.00 (Expediente Medico)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Ricardo Urrutia, M.d., P.A.

523 West Wheatland Road, Duncanville, Texas 75116 (972)298-8906 or (972)298-8907

## Información De Nacimiento

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

1. En Que Hospital Nació El Bebe? \_\_\_\_\_

2. Quien Fue El Medico Que Dio Luz Al Bebe? \_\_\_\_\_

3. Que Pediatra Atendió Al Bebe En La Hospital? \_\_\_\_\_

4. Algún Problema Durante El Embarazo? Si [ ] No [ ] Explique: \_\_\_\_\_

5. Algún Problema Durante El Parto? Si [ ] No [ ] Explique: \_\_\_\_\_

6. Tubo El Bebe Problemas Durante El Parto? Si [ ] No [ ] Explique: \_\_\_\_\_

7. El Parto Fue Normal O Cesaría? Normal: \_\_\_\_\_ Cesaría: \_\_\_\_\_

8. Cuantas Semanas Estuvo Usted Embarazada? \_\_\_\_\_

9. Peso Del Bebe Al Nacer: \_\_\_\_\_ Medida De Nacer: \_\_\_\_\_

10. Su Bebe Nació Prematuro? Si [ ] No [ ]

11. A Las Cuentas Semanas De Embarazo Nació? \_\_\_\_\_

12. Ay Personas Que Fuman En El Hogar? Si [ ] No [ ]

13. Algún Familiar Padece De: Alta Presión \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Sickle Cell Anemia \_\_\_\_\_  
Otras Anormalidades Genéticas \_\_\_\_\_

## Información Medica

	Infección Respiratoria		Bronquitis
	Infección De Odios		Asma
	Reacción Alérgica		Viruela
	Constipación		Problemas De Corazón
	Algodoncillo		Anginas
	Pulmonía		Ernias
	Otro Problema Medico:		

**Ricardo Urrutia, M.d., P.A.**

523 West Wheatland Road, Duncanville, Texas 75116 (972)298-8906 or (972)298-8907

---

**Autorizo El Consentimiento Para El Tratamiento de MENORES**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Si NO estoy yo presente, Yo autorizo a las siguientes personas para dar consentimiento para el tratamiento de mi hijo(a)/hijos MENORES

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

X \_\_\_\_\_

Firma del Padre or Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Ricardo Urrutia, M.d., P.A.**

523 West Wheatland Road, Duncanville, Texas 75116 (972)298-8906 or (972)298-8907

---

## **Noticia de Practicas Privadas**

E-Mail Address

Este aviso sera efectivo en la siguiente fecha: **APRIL 14, 2003**

NOTICE: The Office of the General Counsel of the Texas Medical Association provides this information with the express understanding that 1) no attorney-client relationship exists, 2) neither TMA nor its attorneys are engaged in providing legal advice and 3) that the information is of a general character. You should not rely on this information when dealing with personal legal matters; rather legal advice from retained legal counsel should be sought.

### **Reconocimiento de Revisa de Noticia de Practicas Privadas**

Yo he revisado La Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podrá ser usada y divulgada mi información medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

---

Firma del Paciente a Representante Personal

---

Fecha

---

Nombre de Paciente o Representante Personal

---

Descripción de Autoridad de Representante Personal

**Ricardo Urrutia, M.d., P.A.**

523 West Wheatland Road, Duncanville, Texas 75116 (972)298-8906 or (972)298-8907

---

## Consent for Procedure/Treatment Form

I authorize and direct Dr. Ricardo F. Urrutia, M.D., P.A. and his assistants, agents and other such individuals as necessary to perform quality care, to perform the following procedural treatment(s) upon me:

---

---

---

---

The nature and purpose of the procedure, alternative methods of treatment, and potential risks and complications listed below have been fully explained to me, include the following:

---

---

---

---

I acknowledge that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees have been made to me as to the outcome of the procedures and/or treatments.

I grant this consent without duress, confusion, or pressure from my physician and/or his or her staff, associates, agents, or colleagues.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Witness Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If patient is a minor or has a legally designated representative:

Witness Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Relationship of Witness \_\_\_\_\_

**Ricardo Urrutia, M.d., P.A.**

523 West Wheatland Road, Duncanville, Texas 75116 (972)298-8906 or (972)298-8907

**Authorization Form For Release of Protected Health Information**

By signing this form, I authorize you to use and disclose the protected health information described below.

Patient Name: \_\_\_\_\_

The health information you may release subject to this authorization is as follows:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Release my protected health information to the following person(s)/entity:

Name: \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

The reasons or purposes for this release of information are as follows:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

This authorization shall be in force and effective until the following event and/or date:

\_\_\_\_\_

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending a written notification to the following person at the practice:

Mrs. Brenda Ibarra, Privacy Officer
523 W. Wheatland Rd., Duncanville, Texas 75116
(972) 298-8906I

I understand that a revocation is not effective to the extent that the practice has relied on this authorization in its actions. Also, a revocation is not effective if this authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, as other law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy or the policy itself.

I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal HIPAA privacy regulations.

The practice will not condition my treatment, payment, and enrollment in a health plan, or eligibility for benefits on whether I provide authorization for the requested use or disclosure.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Personal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name of Patient or Personal Representative

\_\_\_\_\_  
Description of Personal Representative's Authority