CALIFORNIA COAST PHYSICIANS

Submit

Oxnard
2241 Wankel Way, #B • Oxnard, CA 93030
(805) 983-0425 • (805) 983-0414 Fax

Camarillo
4000 Calle Tecate, Unit 211
(805) 983-0425 • (805) 983-0414 Fax

Patient Information

Patient Information
(Please print)

Name _____

Address _____

City _____

State _____ Zip _____

Home Phone ( ) _____

Cell Phone ( ) _____

E-mail Address _____

Birth Date _____ Sex ☐M ☐F

Marital Status ☐S ☐M ☐D ☐W

Social Security No. ___/___/___

Employer _____

Occupation _____

Work Phone _____

Driver's License No. _____

Referred by _____

Medical Insurance Information *(Primary)*

Subscriber Name _____

Relationship to Patient _____

Insurance Co. _____

Policy No. _____

Group No. _____

Co-Payment _____

Responsible Party Information
(If other than patient)

Name _____

Address _____

City _____

State _____ Zip _____

Relationship to Patient _____

Birth Date _____ Sex ☐M ☐F

Social Security No. ___/___/___

Employer _____

Employer's Phone Number _____

1 **Emergency Contact**

Name _____

Relationship _____

Phone ( ) _____

Cell Phone ( ) _____

2

Name _____

Relationship _____

Phone ( ) _____

Cell Phone ( ) _____

Medical Insurance Information *(Secondary)*

Subscriber Name _____

Relationship to Patient _____

Insurance Co. _____

Policy No. _____

Group No. _____

Co-pay Amount _____

Authorization to Pay Benefits to Physician

I hereby authorize payment directly to California Coast Physicians of surgical and/ or medical benefits, if any, payable for services rendered or supplies provided. I understand that I am responsible for paying any amount not covered by insurance.

Authorization for Medical Care and Treatment.

CALIFORNIA COAST PHYSICIANS

Oxnard
(805) 983-0425 • (805) 983-0414 Fax
2241 Wankel Way, #B • Oxnard, CA 93030

Patient Name _____ Gender ☐ M ☐ F Date _____

Date of birth _____ **Marital status:** ☐ Single ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced

Race: ☐ American Indian ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ White ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander

☐ Unable to determine or not stated **Ethnicity:** ☐ Hispanic ☐ Other _____

Preferred Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ French ☐ Portuguese ☐ Chinese ☐ Janpanese

☐ Italian ☐ Russian ☐ Declined ☐ Unavailable (Unknown) ☐ Other _____

Occupation _____ Retired? ☐ Do you exercise regularly? ☐ Yes ☐ No

Any allergies to medication? ☐ No ☐ Yes If Yes – what side effect or reaction did you get from it:

Substances (Please mark the following)

Caffeine ☐ Never ☐ Past ☐ Current - amount per day _____

Tobacco ☐ Never ☐ Past ☐ Current - amount per day _____

Alcohol ☐ Never ☐ Past ☐ Current - amount per day _____

℞ **Medications:** (Please list your medications you are currently using)

1 _____ dose _____ How offten _____

2 _____ dose _____ How offten _____

3 _____ dose _____ How offten _____

4 _____ dose _____ How offten _____

5 _____ dose _____ How offten _____

6 _____ dose _____ How offten _____

7 _____ dose _____ How offten _____

8 _____ dose _____ How offten _____

9 _____ dose _____ How offten _____

10 _____ dose _____ How offten _____

CALIFORNIA COAST PHYSICIANS
Oxnard
(805) 983-0425 • (805) 983-0414 Fax
2241 Wankel Way, #B • Oxnard, CA 93030

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices
Acuse de Recibo de la Notificación de Prácticas Confidenciales

English

Section A: Acknowledgement of Receipt of Privacy Practice Notice

Please print name: _____

Date of birth: _____

I have received a copy of this office s of Privacy Practices.

Signature: _____

Date: _____

If a personal representative signs this authorization on behalf of the individual, complete the following:

Personal representative's name: _____

Relationship to individual: _____

Representative's telephone: ( ) _____

Signature: _____

Date: _____

Section B: Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement of Receipt

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- ☐ Other (please specify) _____

☐ The updated **Notice of Privacy Practices** has been made available to me.

Signature: _____

Date: _____

Español

SECCIÓN A: *Acuse de Recibo de la Notificación de Prácticas Confidenciales.*

Nombre (letra de imprenta): _____

Fecha de Nacimiento: _____

He recibido una copia de la notificación de las Prácticas Confidenciales

Firma: _____

Fecha: _____

Si un representante personal firma esta autorización por parte de este individuo complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono del representante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

SECCIÓN B: Esfuerzo de buena fe para obtener el Acuse de Recibo

Tratamos de obtener el acuse de recibo por escrito de nuestra Notificación de las Prácticas Confidenciales, pero el acuse de recibo no se pudo obtener debido a:

- ☐ El paciente se negó a firmar
- ☐ Barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- ☐ Una situación de emergencia nos impidió el obtener el acuse de recibo
- ☐ Otro (favor de especificar) _____

☐ El puesto al día de la **Notificac ón de Prácticas Confidenciales** se ha puesto a mi disposición.

Firma: _____

Fecha: _____

CALIFORNIA
COAST
PHYSICIANS

Oxnard
(805) 983-0425 • (805) 983-0414 Fax
2241 Wankel Way, #B • Oxnard, CA 93030

Prescription Medication Consent Form

The providers at California Coast Physicians, used an electronic medical record system that allows electronic prescribing of medications. Medications are sent to your pharmacy through a secured electronic prescription connection (***Dr. First***) which improves the timely and accurate transmission of your medication information.
To optimize the use of this electronic capability, and coordinate your care between us and your specialist, we ask that patients allow us to access their medication history through ***Dr. First***.

Please check only one of the following:

- ☐ I consent to allow my provider to access all of my medication history.
- ☐ I consent to allow my provider to access only my medication history for medications prescribed in this office.
- ☐ I DO NOT consent to my provider accessing any of my medications.

Signature: _____ Printed Name: _____

Date: _____

Formulario de Consentimiento de Medicamentos de Prescripción

Los proveedores de California Coast Physicians, utilizan un sistema electrónico de expedientes médicos que permite la prescripción electrónica de medicamentos. Las recetas médicas son enviadas a su farmacia a través de un medio seguro de prescripción electrónica (conocida en inglés como ***Dr. First***) el cual mejora la transmisión oportuna y precisa de la información de medicamentos.

Para lograr el uso óptimo de este sistema electrónico y coordinar la atención médica entre nosotros y su especialista, le pedimos a usted como paciente que nos permita acceder a su historial de medicinas recetadas por medio de ***Dr. First***.

Por favor marque sólo una de las siguientes opciones:

- ☐ Y permito a mi proveedor el acceso a todo mi historial de medicamentos recetados.
- ☐ Yo permito a mi proveedor tener acceso solamente a mi historial de medicamentos recetados en esta oficina
- ☐ NO CONSIENTO en que mi proveedor tenga acceso alguno a mi historial de medicamentos.

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

CALIFORNIA COAST PHYSICIANS

Oxnard
(805) 983-0425 • (805) 983-0414 Fax
2241 Wankel Way, #B • Oxnard, CA 93030

Release of Medical or Financial Information

Due to State and Federal policy relating to privacy it is necessary to have written permission to discuss any personal medical or financial information such as medication, laboratory, radiology, diagnosis and prognosis with anyone other than yourself such as husbands, wives, children, or other relatives or friends.

Please list below any person(s) to whom you will allow us to release any medical or financial information. If no one is listed then we will only discuss your medical and financial information with you. Information will still be provided to other health care providers, hospitals, or your insurance companies for the purpose of authorizations or other treatment or specialty referrals. Information to any other entity will need your separate signature specifically authorizing them to access your records.

I hereby authorized you to release my medical or financial information to the following

Name _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

If you have additional names please list them on the back of this notice.

Patient's name _____ Signature _____

Date of birth _____ Today's Date _____

Liberación de Información Médica o Financiera

Debido a políticas de privacidad Estatales y Federales, es necesario que usted nos de autorización por escrito antes de proporcionar cualquier información médica o financiera, tales como medicamentos, servicios de laboratorio, radiología, diagnosis y prognosis a sus familiares o amigos

Por favor escriba abajo los nombres de las personas a quienes usted da autorización para obtener información de su expediente médico. Si no da el nombre de alguna persona, solo podremos hablar con usted sobre su expediente médico. La información de su expediente médico continuará a disposición de otras clínicas, hospitales, y compañías de seguro médico para fines de autorización de tratamientos médicos u otras referencias de tratamiento o especialidad. Para proporcionar información de su expediente a cualquier otra entidad se requerirá de su firma por separado.

Yo, por la presente, doy autorización de obtener información de mi expediente médico a las personas nombradas abajo:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Si tiene nombres adicionales favor de enlistarlos al reverso de esta hoja

Nombre de paciente _____ Firma _____

Fecha de nacimiento _____ La fecha de hoy _____