



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

# Información del Paciente

## Información de paciente responsable (Si no es el paciente)

### Información de paciente (Por favor de escribir)

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa (        ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular (        ) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer  
 Estado Civil  
 Soltero     Casado     Divorciado     Viudo  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nombre de empleo \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Número de licencia de manejar \_\_\_\_\_  
 Referido por \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 La relación a paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer  
 Número de Seguro Social. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nombre de empleo \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de empleo \_\_\_\_\_

### 1 En Caso de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa (        ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular (        ) \_\_\_\_\_

### 2

Nombre \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa (        ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular (        ) \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Médica (Primario)

Nombre de subscriptor \_\_\_\_\_  
 La relación a paciente \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro \_\_\_\_\_  
 Número de póliza \_\_\_\_\_  
 Número de grupo \_\_\_\_\_  
 Copago \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Médica (Secundaria)

Nombre de subscriptor \_\_\_\_\_  
 La relación a paciente \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro \_\_\_\_\_  
 Número de póliza \_\_\_\_\_  
 Número de grupo \_\_\_\_\_  
 Copago \_\_\_\_\_

### Autorización de Pago al Doctor

Yo autorizo pago directo a California Coast Physicians, para los beneficios de cirugía o médica, si alguno, pago por los servicios dados o provisiones privados. Yo comprendo que soy responsable en pagar cualquier cantidad que no cubre el seguro.

### Autorización para Tratamiento y Cuidado Médicos.

Autorizo el nombre encima de práctica para proporcionar el cuidado y el tratamiento médicos en mi beneficio.

### Términos de Pago

Pago en efectivo o prueba de seguro es requerido al tiempo de servicio. Pagos cuales deben de ser pagados antes de ver al doctor.

Firma \_\_\_\_\_  
 TED 034

Fecha \_\_\_\_\_



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

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Genero  M  F Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado

Origen étnico:  Indio Americano  Asiatico  Negro o Afroamericano  Blanco  
 Nativo de Hawaii u otro Iseño del Pacifico  No declarado  Hispano  Otro \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglés  Español  Francés  Portugués  Chino  Japonés  
 Italiano  Ruso  No declarado  Indisponible  Otro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_  Jubilado ¿Hace ejercicio regularmente?  Sí  No

¿Tiene alergias a medicamentos?  NO  Sí En caso afirmativo - ¿qué efecto secundario o reacción obtuvo?

**Sustancias:** Por favor marque la siguiente

Caféina  Nunca  Antes  Actualmente - cantidad por día \_\_\_\_\_

Tabaco  Nunca  Antes  Actualmente - cantidad por día \_\_\_\_\_

Alcohol  Nunca  Antes  Actualmente - cantidad por día \_\_\_\_\_

**Rx Medicamentos:** (Por favor escriba los medicamentos que usted está tomando actualmente)

1 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

8 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

10 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_



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

**English**

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

**Español**

**Section A: Acknowledgement of Receipt of Privacy Practice Notice**

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

Please print name: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

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

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

He recibido una copia de la notificación de las Prácticas Confidenciales

Signature: \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_\_

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

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

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

Personal representative's name: \_\_\_\_\_

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relationship to individual: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Representative's telephone: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono del representante: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_\_

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

**Section B: Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement of Receipt**

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

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

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:

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

- 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) \_\_\_\_\_

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

El puesto al día de la Notificación de Prácticas Confidenciales se ha puesto a mi disposición.

Signature: \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_\_

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



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: \_\_\_\_\_



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 \_\_\_\_\_