



Envisions Eyecare Centers, Inc

Elegance N Eyewear Boutique

Dr. John S. Corvese and Associates

Dr. Jay P. Kile Dr. Harrison Smiley

Dr. Peter Liberto Dr. Maria Serio

www.envisionseyecare.com

EAST PROVIDENCE

1970 Pawtucket Avenue
East Providence, RI 02914
(401) 438-1166 (Tel.)
(401) 438-1614 (Fax)

PROVIDENCE

319 Pocasset Avenue
Providence, RI 02909
(401) 942-1444 (Tel.)
(401) 223-7149 (Fax)

CRANSTON

868 Reservoir Avenue
Cranston, RI 02910
(401) 942-9933 (Tel.)
(401) 270-2491 (Fax)

WEST WARWICK

328 Cowesett Avenue
West Warwick, RI 02893
(401) 821-4300 (Tel.)
(401) 381-0084 (Fax)

NORTH PROVIDENCE

1543 Smith Street
North Providence, RI 02911
(401) 353-2010 (Tel.)
(401) 353-0380 (Fax)

El Recordatorio de la Visita de la Oficina de la cortesía:

Introduzca por favor Su

- Forma Completada o Actualizada de Historia clínica (formas son requeridas a ser actualizadas cada dos años)
 - Gafas Actuales
 - Prescripción Actual de Lentillas o encajona
 - Tarjeta de Seguro de enfermedad
 - Identificación con foto
-

CUESTIONARIO De HISTORIA CLINICA

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____
Direccion: _____ Telefono (casa): _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____ Telefono (trabajo) _____
Fecha de nacimiento _____ Seguro social #: _____ Celular: _____
Sexo: Hombre Mujer Dure el Examen de Ojo: _____ Email Address: _____
(Correo electrónico es recomendado para recordatorios como; examen rutinario, fonocaptor de gafas y lentilla)
Sí paciente es un menor, por favor le le indica a padre/guardián el nombre (los nombres): _____

El nombre de Médico Primario: _____ Dr. Teléfono. _____

El nombre de Médico Secundario: _____ Dr. Teléfono. _____

MOTIVO DE SU VISÍTA DE HOY: rutina problema con los ojos espejuelos contactatos CRT Cirugia lasík

Referido por: _____

Esta embarazada or amamantando: no sí

Usa lentes: no sí (sí) cuanto tiempo tiene los lentes? _____

Usa lentes de contatos? no sí (sí) cuanto tiempo tiene el presente par? _____

Tipo de contatos: Rígido Suave Otro Son comodis? sí no

HISTORIAL MEDICO:

Tiene algun tipo de alergias a medicamentos? no sí cual?: _____

Toma algun medicamento? Por favor de escribir los nombres: _____

Favor de escribir cualquier sírugia que a tenido: _____

Escriba sí ha tenido problemas de: Bis-ojos, Cataratas, Glaucoma, Parpados caidos, problema con su Retina, algun tipo de infeccion, O algun accidente o golpe?: _____

HISTORIA CLINICA DE SU FAMILIA

TAMBIEN INCLUIR FAMILIA QUE ESTAN VIVOS O MUERTO.

ENFERMERDAD/CONDICIONES	NO	SÍ	?	RELACION CON USTED
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos cruzados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración maculara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento de retina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad renal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de tiroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**** GIRA POR FAVOR ESTA FORMA SOBRE Y COMPLETA el LADO DOS ****

HISTORIAL SOCIAL Esta información es mantenida estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede discutir esta porción directamente con su médico si usted prefiere.

Sí, preferiría discutir mi información Social de la Historia directamente con mi médico.

Manejas carro? no sí tienes problema de vista manejando? no sí explica:

Fuma tabaco? no sí cuanto tiempo: _____

Bebes alcohol? no sí cuanto tiempo: _____

Usa drogas? no sí cuanto tiempo: _____

Ha estado expuesto o contagiado con: Gonorrea Hepatitis HIV Sífilis

SYSTEMA *NO* *SÍ* ? *NO* *SÍ* ?

CONSTITUCIONAL

Fiebre,

ENFERMEDAD DE LA PIEL

NEUROLÓGICO

Dolor de cabeza

Migranas

Convulsiones.

OJOS

Perdida de la visión

Visión borrosa

Visión distorcionada

Perdida de visión en los lados

Visión doble

Ojos secos

Flema de ojo.

Rojos

Siente arenoso.

Comezón.

Ardor

Sensación de tener algo

Lagrimar .en exceso

Sensible a la luz

Dolor o inchazón

Infecciones crónicas

Ansuelos.

Relumbrón/ Floaters en la Visión. .

Ojos cansado

METABOLISMO

Tiroides / Otras Glandulas.

OREJA, NARIZ, BOCA, GARGANTA

Alergia / Fiebre

Sinusitis.

Nariz acuoso

Gotera nasal.

Tos crónica

Garganta / Boca seca

RESPIRATORIO

Asma

Bronquitis crónica.

Enfisema

VASCULAR/ CARDIOVASCULAR

Diabetes

Dolor de corazón.

Presión alta

Enfermedades cardíacas.

GASTROINTESTINAL

Diarreas.

Estreñimiento

GENTOURINARIO

Genitales / Rinón/ Vejiga

HUESOS / COYUNTURAS / MÚSCULOS

Artritis reumática.

Dolores de músculos

LINFÁTICO / HEMATOLOGIA

Anemia

Sangramientos

ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO

PSÍQUIÁTRICO

Sí contestastes **SÍ** a una de las condiciones antes mencionadas, favor de explicarla y los medicamentos que toma para la condición.

IMAGINA POLITICAS de CENTROS de SALUD VISUAL

Firmando esta forma, yo acepto astutamente y comprendo los términos siguientes:

1. Todas las cargas para servicios son debidas en aquel momento ellos fueron rendidos. Nuevos pacientes que no tienen tarjeta/información de seguro serán responsables de servicios ese día.
2. Si su seguro requiere una referencia, es SU responsabilidad de obtener uno antes de servicios para ser rendido. Si uno no es obtenido, será responsable de ninguna carga contraída para su visita.
3. Todo el copays es debidos en aquel momento de visita. Todo el copays impagado será facturado fuera e incluirá un \$10 honorario que factura a menos que arreglos previos específicos hayan sido hechos y han sido aprobados
4. Todas las compras requieren un 50% de depósito y deben ser pagado la deuda entera en fonocaptor. Tendremos todos los órdenes de lente/lente de contacto durante 90 días. Después de que esos LENTES DE CONTACTO del punto serán regresados y contraerán un 15% de honorario que reabastece. Los ANTEOJOS serán disimulados y el DEPOSITO no será reintegrado.
5. Nuestros marcos son valorados para reflejar un 20% de descuento de precios al por menor sugeridos. Este descuento no puede ser combinado con cualquier descuento que puede ser ofrecido por su seguro.
6. Ninguna porción de mi cuenta no pagado por mi seguro es mi responsabilidad llena. Los equilibrios dejaron impagado después de que 30 días serán susceptibles a un 18% de honorario del tipo de interés así como un \$10 honorario mensual que facturan. Las cuentas morosas serán enviadas a un abogado de colecciones, y yo seré responsable de mi equilibrio así como algún gastos judicial aplicable.
7. Cualquier paciente nuevo o existente que no cancela su cita dentro de 24 horas en el avance será carga un **HONORARIO de NOSHOW/CANCELACION de \$55.00.**
8. **SPECTERA/OPTUM, VISION de DAVIS Y VSP.** Su compañía de seguros proporciona sus anteojos/lentes de contacto. Imagina los Centros de Salud visual, S.a. y Gafas de Elegancia N no son responsables de ningún servicio adicional más allá de que proporcionó en su política. Reexamina, Vuelve A HACER prescripciones y reemplazo defectuoso contraerá honorario adicional. Los reembolsos no permitieron por su póliza de seguros. Refiérase por favor a su seguro para detalles.

La NOTA DE RECONOCIMIENTO de PRACTICAS de INTIMIDAD

Comprendo que bajo la Transportabilidad de Seguro de enfermedad & Acto de Responsabilidad de 1996 ("HIPPA"), tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi información protegida de la salud. Comprendo que esta información puede y será utilizada a:

- Conduco, el plan, y dirige mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de la asistencia sanitaria que pueden participar en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtiene el pago de pagadores de terceros.
- Realiza operaciones normales de asistencia sanitaria como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He leído, recibido, y comprendo su *Nota de las Prácticas* de Intimidad que contienen una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de la salud. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su *Nota de Prácticas* de Intimidad de vez en cuando, y que puedo contactar esta organización en tiempo de obtener una copia actual de la *Nota de Prácticas de Intimidad*.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que restringe cómo mi información privada es utilizada o es revelada para llevar a cabo tratamiento, el pago, u operaciones de asistencia sanitaria. Yo también comprendo que usted no es requerido a aceptar mis restricciones solicitados, pero si concuerda, entonces tiene que respetar tales restricciones

El paciente/guardián (Firma) _____ **Fecha** ____/____/____

Imprima Nombre y apellidos de Paciente _____