



*Envisions Eyecare Centers, Inc*

*Elegance N Eyewear Boutique*

Dr. John S. Corvese and Associates

**EAST PROVIDENCE**

1970 Pawtucket Avenue  
East Providence, RI 02914  
(401) 438-1166 (Tel.)  
(401) 603-4169 (Fax)

**PROVIDENCE**

319 Pocasset Avenue  
Providence, RI 02909  
(401) 942-1444 (Tel.)  
(401) 603-4170 (Fax)

**CRANSTON**

868 Reservoir Avenue  
Cranston, RI 02910  
(401) 942-9933 (Tel.)  
(401) 603-4171 (Fax)

**WEST WARWICK**

328 Cowesett Avenue  
West Warwick, RI 02893  
(401) 821-4300 (Tel.)  
(401) 603-4568 (Fax)

**NORTH PROVIDENCE**

1543 Smith Street  
North Providence, RI 02911  
(401) 353-2010 (Tel.)  
(401) 603-4570 (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 comodoss?  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

<b>SYSTEMA</b>	<i>NO</i>	<i>SÍ</i>	<i>?</i>		<i>NO</i>	<i>SÍ</i>	<i>?</i>
<b>CONSTITUCIONAL</b>							
Fiebre.. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>ENFERMEDAD DE LA PIEL</b> . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>NEUROLÓGICO</b>							
Dolor de cabeza . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Migranas . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Convulsiones. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>OJOS</b>							
Perdida de la visión . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visión borrosa . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visión distorcionada . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Perdida de visión en los lados . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visión doble . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos secos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Flema de ojo. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rojos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Siente arenoso. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Comezon. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ardor . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensacion de tener algo . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lagrimar .en exceso . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensíble a la luz . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor o inchazon . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Infecciones cronicas . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ansuelos. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Relumbron/ Floaters en la Visión. .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos cansado . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>METABOLISMO</b>							
Tiroides / Otras Glandulas. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>OREJA, NARIZ, BOCA, GARGANTA</b>							
Alergia / Fiebre . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sínusítis. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nariz acuoso . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gotera nasal. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tos cronica . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Garganta / Boca seca . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>RESPIRATORIO</b>							
Asma . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bronquitis cronica. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfisema . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>VASCULAR/ CARDIOVASCULAR</b>							
Diabetes . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor de corazon. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pressión ata . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfermedades cardiacas. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>GASTROINTESTINAL</b>							
Diarreas. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Estrenimiento . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>GENTOURINARIO</b>							
Genitales / Rinon/ Vejiga . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>HUESOS / COYUNTURAS / MÚSCULOS</b>							
Artritis reumatica. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolores de musculos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>LINFÁTICO / HEMATOLOGIA</b>							
Anemia . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sangramientos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO. . . . .</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>PSÍQUIÁTRICO . . . . .</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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

# IMAGINA POLITICAS de CENTROS de SALUD VISUAL

---

---

Todos los cargos por servicios deben ser pagados el dia que son recibidos. Si usted es un Nuevo paciente, o tiene un seguro Nuevo, y no tiene su tarjeta de seguro usted sera responsable por los cargos de su visita. Si su seguro requiere que usted sea referido de su Doctor primario, sera necesario que reciba autorizacion ANTES de su visita. Si la autorizacion no es recibida, usted sera responsable por los cargos de su visita. Copays deben de ser pagados el dia de su visita. Si es necesario mandar una factura, se le incluire un cargo de \$10.

Todas las ordenes requieren un deposito de 50%, y deben ser pagados por completos para ser recojidos. Nuestros lentes estan marcados a 20% bajo de los precios sugeridos, este descuento no puede ser combinado con cualquier descuento que sea ofrecido por su seguro. Podemos reservar ordenes de lentes o contactos por 30 dias, a ese punto la orden sera cancelada y Habra un cargo de 15% para ordenar de Nuevo. Cualquier reimburse sera en la forma de un credito. Balances que no sean pagados en 30 dias seran sujeto a interes de 18%, mas un cargo de \$10 cada mes. Cuentas delincuentes seran referidas a un abogado. La persona responsable por la cuenta sera responsable por su balance, y por cualquier costo de el abogado.

Yo autorizo que mi seguro medico le pague directamente a Envisions Eyecare Centers para servicios recibidos. Cualquier parte de su cuenta que por cualquier razon no sea pagada por su seguro sera su responsabilidad. Favor de cancelar cita 24 horas antes. Si no se cobra \$55 por no venir.

## NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo entiendo que bajo el acto de HIPPA, yo tengo derechos de privacidad con mi informacion de salud. Yo entiendo que esta informacion puede y sera utilizada para:

- Conducir, planear, y dirigir mi tratamiento entre los proveedores de trato salud que esten relacionados a mi cuidado directamente y indirectamente.
- Recibir pago.
- Conducir operaciones normal.

Yo recibido, y entiendo, su noticia de practicas privadas conteniendo una descripcion mas completa de los usos de mi informacion de salud. Yo entiendo que esta organizacion tiene el derecho de cambiar sus practicas de privacidad de tiempo. Y que yo puedo contactar esta organizacion a cualquier tiempo para recibir una copia. Yo entiendo que yo puedo pedir en escrito que mi informacion privada no sea usada para tratamiento, pago, o operaciones de salud. Yo tambien entiendo que ustedes no son requeridos a seguir mis restricciones, pero si aceptan mis restricciones tienen que seguirlas.

**El paciente/guardián (Firma)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Imprima Nombre y apellidos de Paciente** \_\_\_\_\_