



Envisions Eyecare Centers, Inc

Elegance N Eyewear Boutique

Dr. John S. Corvese and Associates

Dr. Jared Scaramuzzi Dr. Harrison T. Smiley

Dr. Norma Swenson 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: _____

Dirección: _____ Teléfono (casa): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Teléfono (trabajo) _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro social #: _____ Celular: _____

Sexo: Hombre Mujer Dure el Examen de Ojo: _____ Email Address: _____

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 VISITA DE HOY: rutina problema con los ojos espejuelos contactatos CRT Cirugía 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 comodos? 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 sírurgia que a tenido: _____

Escriba sí ha tenido problemas de: Bis-ojos, Cataratas, Glaucoma, Párpados caídos, 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.

ENFERMEDAD/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

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

ENVISIONS EYECARE CENTERS POLISA

Al firmar este formulario, estoy conscientemente de acuerdo y entender los siguientes términos:

1. Todos los cargos por servicios son requerido al tiempo de servicio. Nuevos pacientes que no tienen información de tarjeta de seguro será responsables de los servicios de ese día.
2. Si su seguro requiere una referencia, es **su responsabilidad** obtenerla antes de servicios. Si no se obtiene una referencia, usted será responsable por cualquier cargo incurrido por su visita.
3. Los copagos son debidos a la hora de visita. Los copagos se le cobrará al paciente e incluirán una tarifa de facturación de \$10,00 a maenos que acuerdos específicos anteriores han sido hechas y aprobadas.
4. Todas las compras con seguros de visión requerirá un **depósito de 100%**. Pacientes sin Seguro de visión requerirá 50% y debe ser pagado en completo al recojer. Sostendremos todas las órdenes de lentes y lentes de contacto por 90 días. Después de 90 días los lentes de contacto seran devueltas y el paciente tendrá un 15% de recarga. Los lentes serán desmontadas y el depósito no será reembolsado al paciente.
5. Nuestros marcos tienen un precio para reflejar un descuento del 20% sobre precios de venta al público sugerido. Este descuento no acumulable con cualquier descuento que puede ser ofrecido por su seguro.
6. Cualquier parte de mi factura de mi seguro no pagada por es mi responsabilidad. Saldos no pagados después de 30 días estará sujeto a una cuota de 18%, y una cuota mensual de \$10. Cuentas morosas seran enviadas a un abogado de cobranzas, y sere encargadá/o de mi saldo, tambien cualquier gasto legal que corresponda.
7. Pacientes nuevos o existentes que no cancele su cita dentro de 24 horas de anticipacion por adelantando se le cobrara una tarifa de cancelacion de no presentacion de \$55,00.
8. **SPECTERA/OPTUM, DAVIS VISION, EYEMED Y VSP. Su compañía de seguros ofrece sus gafas/lentes de contacto. Envisions Eyecare Centers, Inc. y Elegance N Eyewear no son responsables por cualquier servicio adicional más allá de en su seguro. Verifica,-sobre prescripciones y recambio defectuoso incurrirá en un honorario adicional (s). No se admiten devoluciones por su póliza de seguro. Por favor, consulte a su seguro para más detalles.**

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que según la ley de portabilidad y rendición de cuentas de seguro médico de 1996 "(HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi protegida información médica. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo las operaciones normales de la salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He leído, recibido y entender su aviso de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a modificar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando, y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del aviso de privacidad.

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. También entiendo que usted no está obligado a aceptar mi pedidas restricciones, pero si usted está de acuerdo, entonces están obligados a acatar las restricciones.

Paciente o tutor (firma) _____ Fecha _____

Impresión nombre completo del paciente _____