



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre: _____

Apellidos.

Nombres

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono(_____) - _____ Tel trabajo/Móvil(_____) - _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____ Sexo ____ Estado Civil: S C V D

Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

Médico primario: _____ Teléfono: _____

Droguería principal: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, a quién debemos contactar? _____

Teléfono de contacto: _____

Dónde escuchó sobre nosotros?

Internet

Familiar/Referido de un amigo

Referido de un doctor, nombre del doctor: _____

Otro: _____

Firma del paciente o responsable.

Fecha



INFORMACIÓN FÍSICA Y DE SALUD

Por favor indique el motivo de su visita: (venas varicosas dolorosas, hinchazón, úlceras venosas, etc.)

Por favor marque todos los síntomas y/o signos que presente:

Dolor (seleccione los síntomas)

Moderado

Agudo.

Extremo

Palpitante

Dolor al estar de pie

• Hinchazón

• Piernas inquietas

• Dolor muscular.

• Pesadez.

• Fatiga y/o cansancio

• Enrojecimiento y/o nudo en venas

Algo de erupción cutánea y/o decoloración

Calambres en las pantorrillas y/o pies en la noche

Venas varicosas o varices en forma de araña

Úlcera en la pierna (llaga abierta)

Inflamación

Picazón

Piel seca y descamada

Sensibilidad y/o calor al tacto

Sangrado de varices y/o arañas vasculares

Entumecimiento y/o hormigueo en piernas/pies

Cuándo notó los problemas por primera vez?

Hay algo que empeore sus síntomas? (Estar de pie por más de 30 min, al sentarse, al viajar, etc.)

Algo ayuda a aliviar sus síntomas? (Descansar con las piernas elevadas, ibuprofeno, medias de compresión, ejercicio, etc.)

Alguna vez ha sido tratado(a) por un problema venoso? En caso afirmativo: quién y qué tipo de tratamiento? (Inyecciones de escleroterapia, cirugía, etc.)

Medicamentos: (incluir medicamentos sin prescripción médica como: aspirina, vitaminas, etc.)



Alergias y respuesta alérgica a alguna medicación:

Sin alergias conocidas

Número de embarazos: _____ Número de nacimientos: _____ Abortos espontáneos: _____

Historial médico pasado: (marque TODO lo que corresponda)

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Enf. Corazón |
| <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Enfisema/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica (EAP) | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Migrañas con aura | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Persistencia del agujero oval (PFO). | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación de la sangre | |

Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre o una embolia pulmonar? _____

Cirugías anteriores:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Historial familiar: (marque todas las que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (TVP o embolia pulmonar) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica (EAP) |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular | <input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas |

Tiene antecedentes de familiares de insuficiencia venosa? En caso afirmativo, seleccione cuáles miembros de la familia:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hermano |
| <input type="checkbox"/> Hijos | <input type="checkbox"/> Abuelo materno | <input type="checkbox"/> Abuela materna | <input type="checkbox"/> Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Abuela paterna | <input type="checkbox"/> Tía materna. | <input type="checkbox"/> Tía paterna | <input type="checkbox"/> Tío materno |
| <input type="checkbox"/> Tío paterno | | | |

Historia Social:

Consumo de tabaco:

- No fumador
- Ex fumador, dejó de fumar? _____ (Fecha aproximada)
- Fumador actual, cuánto tiempo? _____ Cantidad _____ paquetes/día



Consumo de alcohol:

- Ha consumido en el último año bebidas alcohólicas? ___ Si ___ No

En caso afirmativo, con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas en el último año?

- ___ Mensual o menos.
- ___ 2-3 veces por semana
- ___ 2-4 veces al mes
- ___ 4 o más veces a la semana

Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día regular?

- ___ 1 o 2 bebidas
- ___ 3 o 4 bebidas
- ___ 5 o 6 bebidas
- ___ 7 o 9 bebidas
- ___ 10 o más bebidas

INICIALES DEL PACIENTE

