

**HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL**

Explique brevemente el motivo de su visita hoy: \_\_\_\_\_

**Hacer las piernas o tobillos actualmente:**

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor, adolorido, palpar, quemadura | <input type="checkbox"/> Se hinchan   | <input type="checkbox"/> Escala de picor dolor de 1-10: _____ |
| <input type="checkbox"/> Llegado a ser cansado / pesado      | <input type="checkbox"/> Ser inquieto | <input type="checkbox"/> Otros: _____                         |
|  | <input type="checkbox"/> Calambre     |   |

**Por favor verifique si usted ha tenido:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Venas visibles                   | <input type="checkbox"/> Hinchazón de la pierna                    | <input type="checkbox"/> Decoloración de la piel debajo de la rodilla. |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de venas de las piernas | <input type="checkbox"/> Transfusión para el sangrado de la pierna | <input type="checkbox"/> Dolores de tobillo / ulceraciones             |
| <input type="checkbox"/> dolor de pantorrilla camina      | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos en las piernas        | <input type="checkbox"/> Otras ____                                    |

**¿Cómo sus síntomas afectan negativamente sus actividades diarias? (la vida funcional de trabajo diarias)**

Ejemplo 1: \_\_\_\_\_

Ejemplo 2: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿Esta de pie por largos períodos? \_\_\_\_\_ ¿Algún motivo? \_\_\_\_\_

Evolución comenzó: \_\_\_\_\_ años/meses

**Por favor marque cualquier método que ha utilizado para aliviar tus molestias de la pierna:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elevación de pierna                            | <input type="checkbox"/> Ejercicios / caminar |
| <input type="checkbox"/> Aspirina / Tylenol / Ibuprofeno / otros: _____ | Tomando por cuanto tiempo: _____ años/meses   |
| <input type="checkbox"/> Medias elásticas de soporte:                   |   |
| RX-prescrita por médico: _____  | Quando prescribe: _____                       |
| Hasta la rodilla    Muslo alto    Pantimedias                           | ¿Por cuánto tiempo? _____ años/meses          |
| Resultados: _____   |   |

*(Requisitos de cobertura de seguro) - por favor, tenga en cuenta su compañía de seguros requiere que han probado las medias de compresión por un mínimo de 3 meses antes de aprobar el tratamiento).*

**TRATAMIENTOS VENOSOS ANTERIORES:**     Ninguno previo

¿Doctor/Oficina? \_\_\_\_\_    ¿Fecha? \_\_\_\_\_

**Qué método**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía / Desmontaje         | <input type="checkbox"/> Radiofrecuencia / VNUS    | <input type="checkbox"/> Flebectomía/TriVex |
| <input type="checkbox"/> EVLT laser                   | <input type="checkbox"/> Láser para venas de araña | <input type="checkbox"/> Other _____        |
| <input type="checkbox"/> Escleroterapia / inyecciones | <input type="checkbox"/> Inyecciones cosméticas    |   |

Resultados del tratamiento: \_\_\_\_\_

**MARQUE SI ALGUNA VEZ HA SIDO TRATADO POR:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias                          | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón      | <input type="checkbox"/> Ninguno previo                 |
| <input type="checkbox"/> Arritmias                         | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral  |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis / hígado enfermedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica |
| <input type="checkbox"/> Sangrado sangre trastorno         | <input type="checkbox"/> VIH                           | <input type="checkbox"/> Émbolo pulmonar                |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                            | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta         | <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatoide          |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho / opresión      | <input type="checkbox"/> Inflamatoria intestinal       | <input type="checkbox"/> Convulsiones                   |
| <input type="checkbox"/> Profunda vena trombosis, coagular | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón          | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza de migraña  | <input type="checkbox"/> Traumatismo en las piernas     |
|  |  | <input type="checkbox"/> Otra _____                     |

# OPTIMA MEDICAL CARE

## **SINTOMAS QUE HAN EXPERIMENTADO RECIENTEMENTE (ULTIMAS 6 SEMANAS):** Ninguno previo

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazo                       | <input type="checkbox"/> Fatiga / debilidad                   | <input type="checkbox"/> Dolor común                           |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la piel del tobillo | <input type="checkbox"/> Fiebre                               | <input type="checkbox"/> W dolor de pantorrilla regular camina |
| <input type="checkbox"/> Contusión fácil                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas           | <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel                 |
| <input type="checkbox"/> Úlceras de la pierna           | <input type="checkbox"/> Disturbios visuales                  | <input type="checkbox"/> Entumecimiento / hormigueo            |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de una vena           | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho / opresión         | <input type="checkbox"/> Fasciculaciones / parálisis           |
| <input type="checkbox"/> Coagulación de la vena         | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar             | <input type="checkbox"/> Ansiedad                              |
| <input type="checkbox"/> Trauma pierna                  | <input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos / dolor de vientre | <input type="checkbox"/> Depresión                             |

**Por favor indique alguna cirugía y el año que tenía:**  Ninguna

_____ Mes /Año: _____	_____ Mes /Año: _____
_____ Mes /Año: _____	_____ Mes /Año: _____
_____ Mes /Año: _____	_____ Mes /Año: _____
_____ Mes /Año: _____	_____ Mes /Año: _____

### **HISTORIA SOCIAL:**

Cigarrillo/tabaco: # de paquetes \_\_\_\_\_ por día semana mes nunca  
Bebidas alcohólicas: # de vasos \_\_\_\_\_ por día semana mes nunca

### **HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:**

¿Hay antecedentes en tu **FAMILIAR** de araña o venas varicosas? Sí / No Padre/Madre  
¿Hay antecedentes en tu **FAMILIAR** de trombosis venosa profunda o trastornos de la coagulación? Sí / No Padre/Madre  
¿Hay antecedentes en tu **FAMILIAR** de diabetes, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, muerte súbita u otro problema de salud importante? Sí / No Padre/Madre

### **SOLO PARA MUJERES:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actualmente embarazadas                     | <input type="checkbox"/> Número de embarazos _____                      |
| <input type="checkbox"/> Tratando de quedar embarazada               | <input type="checkbox"/> Número de abortos de mortinatos                |
| <input type="checkbox"/> La lactancia materna                        | <input type="checkbox"/> Dolor pélvico o sensación de pesadez           |
| <input type="checkbox"/> Fecha de última menstruación período: _____ | <input type="checkbox"/> Venas de los muslos superiores, vulva o labios |

**HISTORIA MÉDICA ACTUAL:**  Ninguna

**Por favor, indique todos los medicamentos/dosis que usted toma (con receta, sin receta, vitaminas y hierbas):**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Qué enfermedades?

\_\_\_\_\_

### **ALERGIAS:**

**Alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_  Ninguno  Látex  Cinta de piel

**La información anterior se ha dado a lo mejor de mi conocimiento:**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_