

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: _____ | Cuando 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

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

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

	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:

- Actualmente embarazadas
- Tratando de quedar embarazada
- La lactancia materna
- Fecha de última menstruación período: _____
- Número de embarazos _____
- Número de abortos de mortinatos
- Dolor pélvico o sensación de pesadez
- 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:** _____