

## OPTIMA VEIN CARE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ lb SS #: \_\_\_\_\_  Casado  Soltero  Divorciado  Viuda

Envío

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt / Unidad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Verifique la preferencia de contacto:**  Celular \_\_\_\_\_  Hogar \_\_\_\_\_  Trabajo \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Título profesional \_\_\_\_\_

Al inicializar, doy mi consentimiento para lo siguiente:

\_\_\_\_\_ Contáctame por correo electrónico

\_\_\_\_\_ Establecer una cuenta del portal del paciente

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con usted \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**NO OTORGO** consentimiento a nadie para coordinar mis citas y tener acceso a mi información de salud.

**YO DOY** el consentimiento de la siguiente persona para coordinar mis citas y tener acceso a mi información de salud.

Verificar, si es lo mismo que contacto de emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con usted \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### RAZA:

Indio americano / Nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Negro hispano o latino

Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico  Blanco  Blanco hispano o latino  Otro: \_\_\_\_\_

Hispano / Latino  No hispano

**Idioma de preferencia:** hablado \_\_\_\_\_ Leer \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA** ¿Podemos enviar un informe de progreso? SI / NO

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Terapeuta físico: \_\_\_\_\_

Cardiólogo / Vascolar: \_\_\_\_\_

Ortopedista / Podólogo: \_\_\_\_\_

Dermatólogo / esteticista: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ P# \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Primario: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Política: \_\_\_\_\_

Política: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el tomador del seguro:

Relación con el tomador del seguro:

Sí mismo  Esposo  Niño  Otro

Sí mismo  Esposo  Niño  Otro

**Al inicializar, leí y me ofrecieron**

**una copia de:**

\_\_\_\_\_ **ACUERDO FINANCIERO**

**Initial**

\_\_\_\_\_ **AVISO DE PRÁCTICA DE**

**Initial PRIVACIDAD**

# OPTIMA VEIN CARE

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

¿Sus piernas / tobillo actualmente:

- Dolor / Latido / Quemadura       Hinchazón       Cansarse / pesarse       Calambre       Piernas inquietas

Escala de dolor 1-10: \_\_\_\_\_  Picazón       Otro:

**Por favor, compruebe si alguna vez ha tenido:**

- Venas visibles       Sangrado de las venas de las piernas       Dolor en las pantorrillas al caminar/pararse  
 Hinchazón de piernas       Transfusión para sangrado de piernas       Coágulos de sangre en piernas  
 Decoloración de la piel debajo de la rodilla       Llagas en el tobillo / ulceraciones       Otro: \_\_\_\_\_

**¿Cómo afectan sus síntomas negativamente a sus actividades diarias? (trabajo / vida funcional diaria)** Ejemplo 1:

\_\_\_\_\_

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

Otro: \_\_\_\_\_

¿Estás de pie por largos períodos?    Y / N      ¿Razón? \_\_\_\_\_

La evolución comenzó: \_\_\_\_\_ años / meses atrás

**Verifique cualquier método que haya utilizado para aliviar las molestias en las piernas:**

- Elevación de piernas       Ejercicio / caminata  
 Aspirina / Tylenol / Ibuprofeno / Otro: \_\_\_\_\_ Tomando por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ años / meses  
 Medias de soporte: rodilla, muslo, pantimedias,      ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ años / meses  
 Prescrito por el médico: \_\_\_\_\_  Fecha de prescripción: \_\_\_\_\_

Resultados de usar medias de compresión: \_\_\_\_\_

***(Requisitos de cobertura de seguro: tenga en cuenta que su compañía de seguros requiere que haya probado medias de soporte durante un mínimo de 3 meses para aprobar el tratamiento)***

**TRATAMIENTOS VENOSOS PREVIOS**

Sin antecedentes de tratamientos venosos

- Cirugía / Decapado       EVLT / Láser       Escleroterapia / Inyecciones  
 Radiofrecuencia / VNUS       Láser para arañas vasculares       Inyecciones cosméticas  
 Flebectomía / TriVex       Otro: \_\_\_\_\_

¿Tratado por/Localización? \_\_\_\_\_ ¿Cuando? \_\_\_\_\_

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

# OPTIMA VEIN CARE

## REVISIÓN DEL SISTEMA:

**Const. (Salud en general)**  Sin problemas

Falta de energía, aumento de peso inexplicable o pérdida de peso, pérdida de apetito, fiebre, sudores nocturnos, dolor en las mandíbulas al comer, sensibilidad en el cuero cabelludo, diagnóstico previo de cáncer

Otro: \_\_\_\_\_

**Orejas, nariz, boca y garganta**  Sin problemas Dificultad para oír, sinusitis, escurrimiento, nariz, goteo posnasal, zumbidos en los oídos, llagas en la boca, dientes flojos, dolor de oídos, hemorragias nasales, dolor de garganta, facial dolor o entumecimiento

Otro: \_\_\_\_\_

**C-V (corazón y vasos sanguíneos)**  Sin problemas Latidos irregulares, latidos acelerados, dolores en el pecho, hinchazón de pies o piernas, dolor en las piernas al caminar.

Otro: \_\_\_\_\_

**Resp. (Pulmones y respiración)**  Sin problemas Falta de aliento, sudores nocturnos, prolongado tos, sibilancias, producción de esputo, tuberculosis previa, pleuresía, oxígeno en el hogar, tos con sangre, Radiografía de tórax anormal.

Otro: \_\_\_\_\_

**GI (estómago e intestinos)**  Sin problemas Acidez estomacal, estreñimiento, intolerancia a ciertos alimentos, diarrea, dolor abdominal, dificultad para tragar, náuseas, vómitos, sangre en las heces, sin explicación cambio en los hábitos intestinales, incontinencia

Otro: \_\_\_\_\_

**GU (Riñón y Vejiga)**  Sin problemas Micción dolorosa, micción frecuente, urgencia, problemas de próstata, problemas de vejiga, impotencia.

Otro: \_\_\_\_\_

**EM (músculos, huesos, articulaciones)**  Sin problemas Dolor en las articulaciones, dolor muscular, dolor en el hombro, hinchazón de las articulaciones, deformidades articulares, dolor de espalda.

Otro: \_\_\_\_\_

**Integ. (Piel, cabello y pecho)**  Sin problemas Sarpullido persistente, picazón, nueva lesión cutánea, cambio en lesiones cutáneas existentes, pérdida o aumento del cabello, cambios en los senos.

Otro: \_\_\_\_\_

**Neurológico (cerebro y nervios)**  Sin problemas Frecuentes dolores de cabeza, visión doble, debilidad, cambios en la sensación, problemas para caminar o mantener el equilibrio, mareos, temblores, pérdida del conocimiento, movimientos incontrolados, episodios de pérdida visual.

Otro: \_\_\_\_\_

**Psiquiátrico (estado de ánimo y pensamiento)**  Sin problemas Insomnio, irritabilidad, depresión, ansiedad, malos pensamientos recurrentes, cambios de humor, alucinaciones, compulsiones.

Otro: \_\_\_\_\_

**Endocrinológico (Glándulas)**  Sin problemas Intolerancia al calor o al frío, menstrual irregularidades, hambre / micción / sed frecuentes, cambios en el deseo sexual.

Otro: \_\_\_\_\_

**Hematológico (sangre / linfa)**  Sin problemas Sangrado fácil, hematomas fáciles, anemia, anormal análisis de sangre, leucemia, áreas inflamadas inexplicables.

Otro: \_\_\_\_\_

**Alérgico / inmunológico**  Sin problemas Alergias estacionales, síntomas de fiebre del heno, picazón, infecciones frecuentes, exposición al VIH.

Otro: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO PASADO:

No hay antecedentes de ningún problema médico

Alergias estacionales / ambientales

Artritis

Varices

enfermedad arterial periférica

Trastorno de coagulación

Accidente cerebrovascular

obesidad

convulsiones

hipertensión

Otro: \_\_\_\_\_

DVT

Angina

ataque al corazón

insuficiencia cardíaca congestiva

asthma

Embolia pulmonar

diabetes

Enfermedad renal

Tiroides

Colesterol alto

hepatitis

VIH

migraña

MRSA

ERGE

neuropatía

EPOC

SII

# OPTIMA VEIN CARE

## Enumere las cirugías y el año en que las tuvo

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> CABG                 | <input type="checkbox"/> Apendicetomía | <input type="checkbox"/> No hay cirugías anteriores |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla | <input type="checkbox"/> Colectomía    | <input type="checkbox"/> Histerectomía              |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera  | <input type="checkbox"/> Bunionectomía | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía             |
|   |  | <input type="checkbox"/> TSA                        |

Otro: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS ACTUALES

Ninguno

Enumere todos los medicamentos con dosis que toma: recetados, no recetados, vitaminas y hierbas

_____ para: _____	_____ para: _____
_____ para: _____	_____ para: _____
_____ para: _____	_____ para: _____
_____ para: _____	_____ para: _____

## HISTORIA SOCIAL

Cigarrillo / Tabaco: # de paquetes \_\_\_\_\_ por día semana mes anterior nunca

Bebidas alcohólicas: # de vasos \_\_\_\_\_ por día semana mes anterior nunca

## HISTORIA MEDICA FAMILIAR

¿Hay antecedentes en su FAMILIA de arañas vasculares o varices? Sí / No Padre / Madre \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes en su FAMILIA de TVP o trastorno de coagulación? Sí / No Padre / Madre \_\_\_\_\_

¿Algún historial familiar de diabetes, presión arterial alta, accidente cerebrovascular, muerte súbita u otro problema de salud importante? Sí / No Padre / Madre \_\_\_\_\_

## ALLERGIAS

Ninguno  Látex  Cinta para la piel  Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

### PARA MUJERES SOLAMENTE:

Actualmente embarazada  Tratando de quedar embarazada  Lactancia materna Última menstrual  
# De embarazos: \_\_\_\_\_ Cuántos niños: \_\_\_\_\_ #de muertes fetales/abortos espontáneos: \_\_\_\_\_

### ¿Actualmente experimenta alguno de los

Dolor pélvico o pesadez  Venas en la parte superior de los muslos, vulva o labios

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

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