

Información del Paciente

Paciente: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Firma: _____

¿Auto remisión? Sí No Médico remitente: _____

Médico principal, si difiere: _____

Compañía de Seguros: _____

¿Cuál es la razón por el examen de hoy? Araña vascular Venas varicosas **(Responda a las preguntas a continuación)**

Antecedentes médicos

1. ¿Ha tenido un estudio de ultrasonido en la(s) pierna(s)? Sí NO
Centro médico: _____ **Fecha:** ____/____/____
2. ¿Cuál pierna es la sintomática? (¿Cuál pierna le causa problemas?) Derecha Izquierda Ambas
3. ¿Ha tenido una complicación sangrante a causa de las venas varicosas? SI NO
 Si la respuesta es sí, por favor describa/explice: _____

4. ¿Ha sufrido algún síntoma enlistado abajo? Marque con un círculo la severidad que ha sufrido por cada síntoma.

SÍNTOMA	NO	Poco intenso → MUY INTENSO				
		1	2	3	4	5
Dolor	0	1	2	3	4	5
Calambres	0	1	2	3	4	5
Sensación de ardor	0	1	2	3	4	5
Picazón	0	1	2	3	4	5
Enrojecimiento	0	1	2	3	4	5
Úlcera	0	1	2	3	4	5
Inflamación, especialmente después de estar de pie por mucho tiempo	0	1	2	3	4	5

5. ¿Los síntomas que tiene, le dificulta alguna de las siguientes ocurrencias de la vida diaria?
 - a. **Empleo:** Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es su ocupación?: _____
 Describa cómo las síntomas le dificulta el trabajo: _____
 - b. **Manejar:** Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué tan a menudo maneja y cuál es la distancia por viaje? _____
 - c. **Cuidar la familia:** Sí No Si la respuesta es sí, ¿a quién cuida usted? _____

d. **Otras actividades de la vida diaria (bañarse, limpiar, cocinar, ir de compras, etc.)** Sí No

Si la respuesta es sí, por favor describa: _____

e. **Hacer ejercicios:** Sí No

Si la respuesta es sí, describa los ejercicios que hace cada día: _____

ANTECEDENTES MEDICOS:

1. **Escriba las otras enfermedades que sufre actualmente (del corazón, los pulmones, hipertensión, enfermedad pélvica inflamatoria, etc.)** _____

2. **Escriba cualquier enfermedad/condición médica que ha sufrido en el pasado:** _____

3. **Si se ha sometido a una cirugía, escriba cuál fue, la razón por tenerla y la fecha de cada cirugía:**

4. **¿Tiene alergias a cualquier medicamento?** Sí No **Si la respuesta es sí, haga una lista:**

MEDICAMENTOS – incluya todo medicamento recetado, vitaminas, hierbas y medicamentos sin (aspirina, ibuprofeno, Tylenol, etc.) que toma

MEDICAMENTO	DOSIS	QUE TAN A MENUDO LO TOMA

Traiga el formulario completado con usted a su cita.