

Historia Médico (continuado):

¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre? Sí No ¿Te pusieron anticoagulantes? Sí No
 ¿si es así, que medicamento tomo y cuanto tiempo lo tomo? _____

¿Alguna vez ha sufrido una lesión o una caída? Sí No Si es así, cuando? ___/___/___

¿Alguna vez ha sido tratado por su problema de las venas? Sí No

En caso afirmativo, ¿por quién y tipo de tratamiento? (inyecciones, escleroterapia, cirugía, etc.): _____

Alergias a medicamentos:

Favor incluya la reacción que tuvo

Mujeres solamente:

Número de embarazos: _____ Número de partos: _____
 Última mamografía ___/___/___ ¿Hubo alguna anomalía? Sí No
 ¿Ha sido menos de un año desde su último periodo? Sí No ¿Si es así, cuando? ___/___/___
 ¿Estás embarazada o amamantando? Sí No

Hospitalizaciones y cirugías (cuándo y tipo):

Historia Familia:

Por favor indique si ha habido alguna historia familiar de cualquiera de los siguientes (*Por favor indique quien en las líneas*):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las venas _____ | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (Alta presión) _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas médico: _____ | |

Historia Familiar:

Ocupacion: _____ ¿Te sientas o te paras frecuentemente? Sentar Pararse Ninguno de los dos
 ¿Con qué frecuencia haces ejercicio? Raramente Moderado Frecuentemente ¿Viajas con frecuencia? Sí No
 Consumo de alcohol (cerveza/vino/licor): Sí No Bebidas por semana: _____
 Historia de fumar: Sí No ___ paquetes por semana ___ Años fumados ___ y/o años desde que dejó de fumar
 Uso recreativo de drogas (marihuana): Sí No

¿Tienes dolor pélvico crónico? Sí No ¿Tienes dolor pelvico dolor durante sexo? Sí No
 ¿Cualquier vena abultada en la pelvis o el área de la ingle? Sí No ¿Sientes pesadez en la zona pélvica? Sí No
 ¿Tienes algún dolor en el pie/tobillo? Sí No En caso afirmativo, describa de dolor: _____
 ¿Estás viendo un podólogo? Sí No Nombre del Podólogo: _____

Revisión de Sistemas:

¿Tienes alguno de los siguientes (marque todo lo que corresponde)?

Constitucional

- Fiebre
- Escalofíos
- Fatiga
- Perdida de peso significativa
- Otro: _____

Ojos

- Visión doble
- Visión borrosa
- Glaucoma
- Cataratas
- Anteojos o contactos
- Otro: _____

Respiratorio

- Dificultad para respirar
- Tos
- Sibilancias
- Otro: _____

Cardiaco

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Orthopnea (difficulty breathing while lying down)
- Swelling of Extremities
- Otro: _____

Gastrointestinal

- Dolor Abdominal
- Vómitos
- Acidez
- Ictericia
- Otro: _____

Genitourinario

- Hematuria (sangre en la orina)
- Poliuria (micción frecuente)
- Incontinencia
- Dificultad para iniciar/detener el chorro de orina
- Otro: _____

Musculoesquelético

- Dolor en las articulaciones
- Rigidez articular
- Dolor Muscular
- Dolor de espalda
- Otro: _____

Piel

- Sarpullido/llagas
- Lesiones/heridas abiertas
- Comezón
- Ardor
- Hematomas
- Otro: _____

Neurológico

- Convulsiones
- Dolores de cabeza/migrañas - aura visual (Sí No)
- Perdida de memoria
- Mareo/desmayo
- Otro: _____

Psicosocial

- Ansiedad
- Depresión
- Trastorno bipolar
- Pensamientos suicidas

Firma de Paciente/Responsable

Fecha

Firma de Proveedor

Fecha