

## Calidad Venoso de La Vida Cuestionario

**En el último mes, hasta qué punto tiene tus venas:**

	<b>No molesta / limitado en absoluto</b>	<b>Un poco molesto / limitado</b>	<b>Moderadamente molesto / limitado</b>	<b>Muy molesto / limitado</b>	<b>Extremadamente molesto / limitado</b>
<b>Dolor causado /malestar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Interferido con las actividades diarias (ie cocinar, limpiar, pasatiempos, conducir, et cetera.)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>sueño interrumpido</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Desempeño laboral afectado</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Causó vergüenza/ basado en la autoconciencia en la aparición</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

¿Tus venas causan en cualquier otro problema no mencionado anteriormente? por favor, tenga en cuenta que.

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente