



Questionario De Venas Varices

Nombre de paciente: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Doctor primaria: _____

¿Porque esta aqui hoy? _____

¿Como se dio cuenta de nosotros? _____

¿Usted ve un cardiologo? Si / No Nombre de doctor: _____

¿Usted experimenta alguno de los siguientes en sus piernas?

(por favor especifique derecha, izquierda o los dos piernas)

_____ venas varicosas	_____ discoloracion
_____ ulceras/heridas que no cicatrizan	_____ quemacion
_____ dolor	_____ tobillos hinchados
_____ pesadez	_____ calambres en las piernas
_____ fatigado/cansancio	_____ piernas inquietas
_____ comezon	_____ palpitante

¿Used ha mirado un doctor para las venas varicosas? Si / No

Nombre de doctor: _____ ¿Cuando? _____

¿Usa medias de compresion? Si / No

¿Si puso si, cuanto tiempo? _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía de la vena, desnudar o inyecciones? Si / No

¿Si puso si, cuando y cual pierna? _____

¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre? Si / No

¿Si puso si, cuando y cual pierna? _____

¿Alguna vez has tenido flebitis? Si / No

¿Si puso si, cuando y cual pierna? _____

¿Su síntomas Se empeoraron en los últimos meses? Si / No

¿Usted eleva las piernas para aliviar el malestar? Si / No

Historia Cardiovascular

Por favor, compruebe cualquier elemento que se aplica a usted. Por favor, indique la fecha y dónde ocurrió:

_____ Ataque del corazón	_____ Angiografía cardíaca o Catéter
_____ Cirugía cardíaca (bypass o valvular)	_____ Cardíaca Angioplastia/endoprótesis
_____ Marcapasos / Desfibrilador	_____ Cirugía de la arteria carótida
_____ Insuficiencia Cardíaca Conjestive	_____ Angiografía periférica
_____ Ecografía de las piernas	_____ Stent de una arteria periférica
_____ Bypass Arterial Periférica	

¿Ha tenido problemas con la anestesia? Si puso si, por favor explique:

Alergias (por favor escriba los medicamentos y la reacción):

Historia de Medicacion

Anote todos los medicamentos, recetas, productos que contengan aspirina, de venta libre, vitaminas y suplementos nutricionales

Nombre de medicina	Dosis (mg)	Con que frecuencia usted toma

¿Usted esta tomando Coumadin (warfarin)? Si puso si, que medico sigue su terapia de Coumadin Therapy:

Si / No _____

¿Esta o ha estado en tratamiento por algun problema medico?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Ataque fulminante | <input type="checkbox"/> Deep Vein Thrombosis |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonary |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Cancer _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Salud Mental |

Historia Quirúrgico

Anote cuales cirugías que ha tenido:

Historia Social & Los Habitos

Esto será estrictamente confidencial, por favor sea honesto en sus respuestas. Nos damos cuenta de estos pueden ser temas delicados, pero son muy importante saber en el tratamiento de su salud cardiovascular

___ Tabaco: ¿Actualmente fumando? Si / No Nunca ha fumado Masticar? Si / No
¿Cuándo dejo de fumar? _____ paquetes por día _____ por cuantos años _____
___ Alcohol: ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____
___ Cafeína: Tipo(s) _____ ¿Cuánto por día? _____
___ Drogas Recreativas (actual/pasado) ¿Qué sustancia y el uso pasado? _____

Family History

¿Alguien en su familia tiene (o solía tener) venas varcosas, arañas vasculares, úlceras en las piernas o piernas hinchadas?

Padre Si / No Madre Si / No
Hermano(s) Si / No Hermana(s) Si / No

Ocupación: _____ Empleador _____
¿Hace ejercicio? Si / No ¿Si poso si, que tipo? _____
¿Cuantos días cada semana? _____ ¿Cuantos minutos cada día? _____
¿Como sus síntomas empeoran con el ejercicio? Si / No

Revisión de los Síntomas

Marque cualquiera de los siguientes síntomas que ha experimentado en los últimos 6 meses:

___ Fatigar	___ Estrenimiento
___ Debilidad de las extremidades	___ Diarrea
___ Perdida de apetito	___ Acidez
___ Dolor de cabeza	___ Dolor abdominal
___ Perdida de peso	___ Artritis
___ El aumento de peso	___ Insomnio
___ Perdida de la audicion	___ Entumecimiento
___ Zumbido en los oidos	___ Hormigueo
___ Problemas de sinusitis	___ Vision borrosa
___ Sibilancias	___ Vision doble
___ Tos (productiva / seca)	___ Diminucion de la vision
___ Exposicion a la tuberculosis	___ Sangre en la orina
___ Sangrado facil	___ Ardor al orinar
___ Moretones con facilidad	___ Infecciones de la vejiga o los rinones
___ Sangre / excremento negro	___ Levantarse por la noche para orinar
___ nausea	___ ¿Cuantas veces por noche?
___ Vomitos	