



### Questionario De Venas Varicosas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Doctor primario: \_\_\_\_\_

¿Porque esta aquí hoy? \_\_\_\_\_

¿Como se dió cuenta de nosotros? \_\_\_\_\_

¿Usted ve un cardiólogo? Si / No Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

**¿Usted experimenta alguno de los siguientes síntomas en sus piernas?**

(por favor especifique en cual pierna, si es derecha, izquierda o en las dos piernas)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> venas varicosas                   | <input type="checkbox"/> discoloración             |
| <input type="checkbox"/> úlceras/heridas que no cicatrizan | <input type="checkbox"/> ardor                     |
| <input type="checkbox"/> dolor                             | <input type="checkbox"/> hinchazón de los tobillos |
| <input type="checkbox"/> pesadez                           | <input type="checkbox"/> calambres en las piernas  |
| <input type="checkbox"/> fatiga/cansancio                  | <input type="checkbox"/> piernas inquietas         |
| <input type="checkbox"/> comezón                           | <input type="checkbox"/> le punzan las piernas     |

¿Usted ha visto a un doctor para el tratamiento de las varices? Si / No

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Usa medias de compresión? Si / No

¿Sí puso si, desde cuando? \_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido cirugía en las venas, removido venas o puesto inyecciones Si / No

¿Sí puso si, cuando y en cual pierna? \_\_\_\_\_

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

¿Sí puso si, cuando y en cual pierna? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido flebitis? Si / No

¿Sí puso si, cuando y en cual pierna? \_\_\_\_\_

¿Su síntomas han empeorado en los últimos meses? Si / No

¿Eleva las piernas para aliviar sus molestias? Si / No

**Historia Cardiovascular**

Por favor, marque la ó las enfermedades que usted padece en la siguiente lista. Por favor, escriba la fecha de cuando ocurrió y el lugar donde fue atendido de ese problema:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco                      | <input type="checkbox"/> Angiografía cardíaca o Catéter     |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca (bypass o valvular) | <input type="checkbox"/> Angioplastia/endoprótesis Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos / Desfibrilador           | <input type="checkbox"/> Cirugía de la arteria carótida     |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva    | <input type="checkbox"/> Angiografía periférica             |
| <input type="checkbox"/> Ecografía de las piernas             | <input type="checkbox"/> Stent de una arteria periférica    |
| <input type="checkbox"/> Bypass Arterial Periférico           |   |

¿Ha tenido problemas con algún tipo de anestesia? Si puso si, por favor explique:

Alergias (por favor escriba los medicamentos a los que es alergico y el tipo de reacción que le causa):

**Historia de Medicación**

Anote todos los medicamentos, productos que contengan aspirina, vitaminas y suplementos nutricionales que usted toma:

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

¿Usted esta tomando Coumadin (warfarin)? Si puso sí, que medico le indicó ese tratamiento de Coumadin:

Si / No \_\_\_\_\_

¿Esta ó ha estado en tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión        | <input type="checkbox"/> Enf. Vascular Cerebral      | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda     |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Trastorno Isquemico Transit | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Depresión                   | <input type="checkbox"/> Cancer _____                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal    | <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Salud Mental |

**Historial Quirúrgico**

Escriba que cirugías le han realizado:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Historial de Antecedentes Personales**

Esto será estrictamente confidencial, por favor sea honesto con sus respuestas. Entendemos que esto puede ser un tema delicado, pero son muy importantes para el tratamiento de su enfermedad cardiovascular

\_\_\_ Tabaco:      ¿Actualmente fuma?    Si / No / Nunca he Fumado    Mastica tabaco? Si / No

   ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_ paquetes por día \_\_\_\_\_ por cuantos años \_\_\_\_\_

\_\_\_ Alcohol:    ¿Cuánto y con qué frecuencia toma? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Cafeína:        Tipo(s) \_\_\_\_\_ ¿Que cantidad por día? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Drogas (en el pasado / actualmente) ¿Qué sustancia y última vez que la consumió? \_\_\_\_\_

## **Historia Familiar**

¿Alguien de su familia tiene (o solía tener) venas varicosas, 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        ¿Sí puso sí, que tipo? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos minutos al día? \_\_\_\_\_

¿Sus síntomas empeoran con el ejercicio?        Si / No

## **Revisión de los Síntomas**

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

- |                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ___ Fatiga                        | ___ Estrenimiento                     |
| ___ Debilidad en las extremidades | ___ Diarrea                           |
| ___ Pérdida de apetito            | ___ Acidez                            |
| ___ Dolor de cabeza               | ___ Dolor abdominal                   |
| ___ Pérdida de peso               | ___ Artritis                          |
| ___ Aumento de peso               | ___ Insomnio                          |
| ___ Pérdida de la audición        | ___ Entumecimiento de manos pies      |
| ___ Zumbido en los oídos          | ___ Hormigueo                         |
| ___ Problemas de sinusitis        | ___ Visión borrosa                    |
| ___ Sibilancias                   | ___ Visión doble                      |
| ___ Tos (productiva / seca)       | ___ Diminución de la visión           |
| ___ Exposición a la tuberculosis  | ___ Sangre en la orina                |
| ___ Hemorragias                   | ___ Ardor al orinar                   |
| ___ Moretones con facilidad       | ___ Infecciones en las vías urinarias |
| ___ Sangre en el excremento       | ___ Se levanta por la noche a orinar  |
| ___ Náusea                        | ¿Cuántas veces por noche?             |
| ___ Vómitos                       |                                       |