



Historia Medica de Paciente

Fecha ____ / ____ / ____ Nombre de Paciente _____

Numero de Seguro Social ____ - ____ - ____ Edad ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Como se dio cuenta de nuestra oficina? _____

Qual es la condición con que le podemos alludar hoy (Poque veno a vernos):

A recibido tratmiento de sus venas anteriormente? Si No Cuando? _____

Quales son los Tratamientos anteriores?

- Nada de Tratamiento
- Flebectomía Ambulatoria
- VNUS o Seradura de Radiofrecuencia
- Terapia conservativa
- Inyección de Scleroterapia
- Ligación
- SEPS
- Cirugía
- Tratamiento de Telangiectasias
- EVLA o Tratamiento Endovenoso de laser

Otro(a): _____

Usted personalmente ha recibido tratamiento para alguna de estas condiciones?

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Flebitis en la pierna (infamación de las venas) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hospitalización? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Coagulo sanguine en las peirnas (coagulo en las venas) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hospitalización? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ulceras en las piernas (ulceración venosa) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hospitalización? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Fractura en la peirna o trauma significa | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hospitalización? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Embolio Pulmonario (Coagulo en Pulmon) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hospitalización? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Cuando le empezo el problema de sus venas?

- Edad? ____ Antes de Embarazo Durante de Embarazo Despues de Embarazo
 Despues de Trauma Despues de terapia de Estrogen Otro(a) _____

Quales son las edadde de sus hijos (as)? _____

Se le estan formando varices nuevas? Si No; Se le estan haciendo mas grandes? Si No

Si le ocurre dolor en las piernas, le empiora con alguno(a) de estas cosas:

- | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Estar Parado (a) por mucho tiempo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Calor? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Durante de Menstruación? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quando hace ejercicio/ camina? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |



Historia Medica de Paciente

Si le duelen las piernas, le ayuda alguna(o) de los (las) siguiente?:

- Elevación de la piernas? Si No Medias de Compresión? Si No
 Ejercicio/ caminar? Si No Medicamento(s)? _____ Si No

Indique los tipos de incomodes que siente en sus piernas:

- Dolor cuando esta descansando? Si No Calambres en la noche Si No
 Calambres cuando sentado(a)? Si No Se le sienten las piernas pesadas? Si No
 Cansancio? Si No Sensación de Ardor? Si No
 Entumides ? Si No Piernas Inquietas? Si No
 Fatiga? Si No Inflamación de piernas or tobillo? Si No

Dolor en otra parte de la pierna ? _____

Tiene Historia Medica en su familia de los siguientes?

- Enfermedad de Varices? Si No Quien? _____
 Phlebitis (inflammacion de venas)? Si No Quien? _____
 Thrombosis de las Venas hondas? Si No Quien? _____
 (Coagulos de Sangre)
 Ulcera de las piernas? Si No Quien? _____

Tiene alguna de las condiciones siguientes?

Diabetes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Presión Sanguínea Alta?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Convulsi3ns?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Derame Cerebral?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tranfuci3n de Sangre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desmayos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Usa Drogas Ilegales?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ronchas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Artritis?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Asma?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Probelmas de la piel?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Usa Tobacco?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problema de formar moret3ns facilmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Infecci3n Sanguínea?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de systema Autoimmune?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Coagulo en sus piernas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Corazon?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Embolio En el Pulmon(Coagulo en el Pulmon)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hemorragia – Sangrado por las venas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
COPD or emphysema?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Migranias?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Rhythmo Irregular?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Soplo de Corazon?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
“Oyo en el Corazon?”	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	SIDA / HIV?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No



Historia Medica de Paciente

Flebitis Superficial or Thrombophlebitis?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ulcera de las Pierna?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------------

Otra condiciones Medicas (Por favor explique):

Cirujías anteriores: _____

Usted personalmente tiene alergias de las que sigen? (En caso de Si, Por favor explique)

Alergias contra alguna Medicina? No Si _____

Alergias contra comida? No Si _____

Alergia de Latex? No Si _____

Alergia or sensibilidad al pegamentos de "tape" Cinta? No Si _____

Su trabajo, le requiere mantenerse parado(a) por tiempo extendido? Si No

Ha usado medias de compresión anteriormente? Si No

Usa, ahora medias de compresión? _____

Toma Medicina para el dolor de sus varices? Si No

Cuales otra cosas hace para aliviar su dolor de las piernas / varices? _____

Cuales de estas medicinas usa regularmente?

Aspirina o medicamento para adelgazar su sangre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Medicamentos de Anticoagulación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
BCP's o hormonas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Chemoterapia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Medicamento deThyroide?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Prednisone or esteroides?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Insulina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Minocycline?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Otras Medicinas?

Ahoramente esta embarazada or tratando de embarazarse? Yes No

Indique cuando fue so ultimo exam fisico _____

Firma de Paciente

Fecha



Vein Treatment Specialists, PC

Dr. Bob Dupper, MD, Phlebologist.
Specializing in outpatient treatment of varicose vein disease.

Historia Medica de Paciente

P a g i n a | 4 de 4

Physician Notes:
