

Northern Illinois Vein Clinic

Cuestionario de examen

Nombre del paciente _____ Apellido del paciente _____ Fecha ___ / ___ / ___

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: ___ Sexo: M / F # de embarazos: ___ Altura ___ Peso ___

Médico principal:

Medicina general Historial

Ha sido tratado y el año del diagnóstico:

Indique todas las cirugías y años en que se realizó: _____

Indique todas las alergias y reacciones

que_Yodo de reacción

SI NO _____ Adhesivos

SI NO _____

Lidocaína

; Prescripción / venta libre: incluir dosis y frecuencia de administración:

¿Fuma? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? _____

Historia venosa

¿Interfieren sus problemas en las piernas con su estilo de vida diario? (Describa todas las opciones apropiadas)

(Solo pierna derecha / Solo pierna izquierda / Ambas piernas)

Caminar * Trabajo Ejercicio Escaleras Arrodillarse Actividades sociales Dormir

Otro: _____

* Si los síntomas interfieren con el TRABAJO, ¿cuánto? Nada, Leve, Moderado, Difícil, No puedo trabajar

¿Algún de los siguientes le causa malestar? (Por favor describa todas las opciones apropiadas)

Estar de pie por mucho tiempo / Sentado Aire caliente / Baños calientes Ciclo menstrual Embarazo Caminar

¿Alguno de los siguientes alivia temporalmente sus síntomas? (Por favor describa todas las opciones apropiadas)

Levantamiento Caminar Calcetines de compresión Medicamentos Compresas calientes/frías Descanso

¿Experimenta alguno de estos síntomas? .

-
-
-
-
-

_ Derecha Izquierda Dolor o dolor Derecha Izquierda
Plenitud Derecha Izquierda Pulsátil Derecha Izquierda

En una escala del 1 al 10 (cuando 10 es peor), ¿dónde calificaría su dolor/incomodidad en la pierna?
(Circule uno)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Calidad del dolor (gire todas las cosas correctas): tirón repentino y aburrido, dolor, palpitaciones

¿Ha tenido algún tratamiento para sus venas varicosas/arañas vasculares? Sí No

*** En caso afirmativo, explique el tipo y la rama: _____

Antecedentes familiares

Úlcera venosa Venas varicosas GVT PE Flebitis PVD Hinchazón del corazón Soplo cardíaco

Yo

Padre

Madre

Hermanos

Abuelos Paternos

Abuelos Maternos

No hay venas varicosas en la familia

Marque "Sí" o "No" si actualmente está recibiendo tratamiento para estas condiciones.

Cardiovascular Sí No Vascular periférico Sí No

Ataque cardíaco __ __ Enfermedad arterial periférica __ __

ASD / VSD / FOP __ __ Diabetes __ __

Soplo cardíaco __ __

Respiratorio

__ __

Coágulos de sangre __ __ Dificultad para respirar __ __

Fibrilación auricular __ __ Apnea del sueño __ __

Insuficiencia cardíaca congestiva __ __ Uso de CPAP / BiPap __ __

EPOC __ __

1. ¿Ha sido vacunado contra la gripe? Sí No Rechazado (se ofrece PCP)

RESPONDA A CONTINUACIÓN SI ES MAYOR DE 65 AÑOS:

1. ¿Ha sido vacunado contra la neumonía? sí no

2. ¿Tiene instrucciones previas (testamento médico/poder notarial)? Sí No se negó a responder

,el nombre de la autorización: _____

Longitud__

/__

Derecha

Izquierda

Longitud__

Longitud__
Datos

Longitud__
Bloqueo

\
t

- _____

 En caso
 afirmativo