

# 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:

\_\_\_\_\_

### Historia médica general

Enumere las enfermedades médicas pasadas y presentes por las que ha sido tratado y el año en que se le diagnosticó:

\_\_\_\_\_

Indique todas las cirugías y años en que se realizó: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique todas las alergias y reacciones que puede tener:

\_\_\_\_\_

Eres alérgico a:

Látex: SÍ NO \_\_\_\_\_ Reacción

Yodo: SÍ NO \_\_\_\_\_ Reacción

Adhesivo: SÍ NO \_\_\_\_\_ Reacción

Lidocaína: SÍ NO \_\_\_\_\_ Reacción

medicamentos; Con receta/sin receta: Incluya la dosis y la frecuencia con la que toma el medicamento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fuma? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

### Historia de sus venas

¿Los problemas que tiene con las piernas interfieren con su estilo de vida diario? (Marque con un círculo todo lo que corresponda):

(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

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

Permanecer de pie sentado durante períodos prolongados Clima cálido/baños calientes  
Ciclo menstrual Embarazo Caminar

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

Elevación Caminar Medias de compresión Medicamentos  
Compresas calientes/frías Descansar

¿Experimenta alguno de estos síntomas? .

- |                            |         |           |
|----------------------------|---------|-----------|
| ● Pierna Hinchazón:        | Derecha | Izquierda |
| ● Úlcera:                  | Derecha | Izquierda |
| ● Cansancio/Fatiga:        | Derecha | Izquierda |
| ● Erupción en la pierna:   | Derecha | Izquierda |
| ● Ardiente:                | Derecha | Izquierda |
| ● Cambio de color de piel: | Derecha | Izquierda |
| ● Prurito:                 | Derecha | Izquierda |
| ● Vena Abultada:           | Derecha | Izquierda |
| ● Calambres:               | Derecha | Izquierda |
| ● Sangrado:                | Derecha | Izquierda |
| ● Pierna inquieta:         | Derecha | Izquierda |
| ● Adolorimiento o dolor:   | Derecha | Izquierda |
| ● Plenitud:                | Derecha | Izquierda |
| ● Palpitante:              | 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 (encierre en un círculo todo lo que corresponda):

Agudo          Sordo          Tirantez          Dolorido          Palpitante          Tirantez

¿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**

Infarto de miocardio

TEA/CIV/FOP

Soplo cardíaco

coágulos de sangre

Fibrilación auricular

Insuficiencia cardíaca congestiva

**Vascular periférico**                 **Sí**          **No**

Enfermedad Arterial Periférica

Diabetes

**Respiratorio**                 **Sí**          **No**

Dificultad para respirar

Apnea del sueño

Uso de CPAP/BiPap

EPOC

