

# Gilvydis 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

¿Alguno 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