



Patient Health History Form

Alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes:	Derecho	Izquierda	Ambos	Ni	¿Si es así, cuando?
¿Una lesión a cualquiera de las piernas que requieren una operación o casting?					
Una trombosis venosa profunda (D.V.T.). ¿También conocido como un coágulo de sangre en la pierna?					
¿Flebitis?					
UNA Vena úlceras de estasis?					
¿Hemorragia de una vena varicosa?					
¿Escleroterapia?					
¿Extirpación venosa?					

En sus propias palabras, describa el problema que usted está buscando nuestros servicios: _____

Díganos qué tipo de trabajo hace por completar la siguiente frase:

Trabajo como un/una.....

(Si usted está jubilado, nos dicen qué tipo de trabajo que hizo antes de la jubilación y cuando retiró.)

Por favor, conteste lo siguiente muy cuidadosamente, ya que ayudará a su compañía de seguros para decidir si los problemas de vena son un beneficio cubierto. En los últimos seis meses has...

¿... tried medias de apoyo para aliviar sus problemas de vena sin éxito?	Sí	No
... had a tomar para el dolor porque ¿de los problemas de vena?	Sí	No

¿... had tomar tiempo fuera del trabajo debido a sus problemas de vena?	Sí	No
¿... had limitar tus actividades y estilo de vida debido a sus problemas de vena?	Sí	No

Por favor, indique si tiene alguna de las siguientes condiciones por que sí o No:

Diabetes	Sí	No
Enfermedades del corazón	Yes	No
Enfermedad pulmonar	Sí	No
Hipertensión	Sí	No
Artritis	Sí	No
Cáncer	Sí	No

Convulsiones	Sí	No
Insuficiencia renal	Sí	No
Hepatitis	Sí	No
Infección por VIH	Sí	No
Desmayo	Sí	No

Por favor, indique (circundando sí o No) Si actualmente (o recientemente) estuviera en cualquiera de los siguiente:

Patient Name: _____



Patient Health History Form

Coumadin/PradaxaEliquis/ o Xarelto	Sí	No
Plavix	Sí	No
Aspirina diaria	Sí	No

Medicamentos de la piel de uso tópico	Sí	No
Antibióticos	Sí	No
Esteroides	Sí	No

Solo para mujeres: Por favor indicar si sí o No Si eres...

Embarazada o cree que podría ¿ser?	Sí	No
¿Actualmente en enfermería (lactancia materna)?	Sí	No
¿Crees que tienes más hijos?	Sí	No

¿Tomando anticonceptivos orales?	Sí	No
¿En la terapia de reemplazo hormonal (TRH)?	Sí	No
¿Anticipar a partir de TRH pronto?	Sí	No

Cuántas veces has yo¿u pasado por parto? _____

Historia del tabaco:

Por favor, indicar su historia de uso de tabaco y frecuencia.

- ☐ Nunca ☐ Ex usuario
☐ Uso actualmente: (circule uno) Paquetes/día: 1 2 3 otros: _____

Consumo de alcohol:

Aproximadamente ____ bebidas por día / semana

Historia de la familia: Indique si alguna de las siguientes condiciones estaban presente en su familia inmediata:

¿Venas varicosas?	Sí	No
¿Úlceras venosas?	Sí	No
¿Trombosis venosa profunda?	Sí	No

¿Flebitis?	Sí	No
¿Una historia de la cirugía de vena?	Sí	No
¿Coágulos de sangre?	Sí	No

Antecedentes quirúrgicos:

¿Ha tenido cirugía? ☐ Sí ☐ No Si usted ha tenido cirugía, ¿qué tipo y Cuándo? _____

Antecedentes médicos adicionales no mencionados anteriormente:

¿Están actualmente viendo a otro médico para cualquier cosa NO mencionada? ☐ Sí ☐ No

Patient Name: _____



Patient Health History Form

Si es así, ¿cuál es el nombre de los médicos? _____

¿Si es así, para qué condiciones está tratando? _____

Usted alguna vez sido hospitalizado por cualquier cosa NO mencionada? ☐ Sí ☐ No

¿Si es así, para qué, en qué Hospital y cuando? _____

Revisión de los sistemas de: ¿Tienes actualmente alguna de las siguientes?

Si marca "Sí" para nada, explican en la línea debajo de la casilla de verificación.

No	Sí	
		Constitucional: (Fiebre, escalofríos, reciente inexplicable pérdida de apetito o de peso).
		Ojos: (cualquier cambio inexplicado reciente en agudeza visual, visión doble, lagrimeo excesivo o formación de costras).
		ENT: (algún cambio reciente en la capacidad de escuchar, descarga, dolor de garganta, mareos o zumbido en el oídos).
		Cardíaco: (Cualquier dolor en el pecho, dificultad para respirar, despertando de su sueño sin aliento, o medicamentos cardíacos).
		Respiratorio: (cualquier falta de aliento, productiva tos, expectoración con sangre, o dolor con la respiración).
		Gastrointestinales: (Cualquier cambio de deposiciones. Por ejemplo, negro, rojo o sanguinolentas, vómitos o vientre dolor).
		Genitourinario: (Cualquier incontinencia, micción frecuente, urgente o dolorosa. Cualquier despertar durante la noche para orinar).
		Lesiones músculo-esqueléticas: (Cualquier cambio en la poca capacidad o strength. Cualquier articulaciones dolorosas)

Patient Name: _____



Patient Health History Form

		Piel: (cualquier problemáticas erupciones o no picazón, cambios en el color de la piel o úlceras que no sanan)
		Neurológica: (Cualquier inesperado, inexplicable entumecimiento, hormigueo o pérdida de memoria o de movimiento).
		Psiquiátrico: (Cualquier suicidal pensamientos y alucinaciones)

Por favor indique todos los medicamentos que usted toma de forma regular:

Nombre del medicamento	Dosis

¿Es usted alérgico a algo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumere todas alergias:

Alergia	Gravedad	Reacción
---------	----------	----------

Patient Name: _____