

## LRVLC Cuestionario de Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Vers. 12.16.2011

Nombre  
Nacimiento      Edad      Fecha de  
Sexo

Estatura      Peso (libras)

Nombre de Doctor que ah referido hoy o Nombre de paciente o amigo que lo referio hoy

Síntomas	Derecha	Izquierda			Derecha	Izquierda
Dolor				Inquietud		
Hinchazón				Sangradura		
Calambres				Preocupaciones de coagulo de sangre		
Lesion de la pierna				Preocupaciones Cosméticas		
Pesadez				Visita después de Cirugía		
Comezón/Quemadura				Cansancio/Fatiga		
Palpitación						

En sus propias palabras, por favor describa la razón de su visita de hoy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo tiene con su preocupación?

(Semanas/ Meses/ Anos)

Que pierna se ve afectada?  Derecha  Izquierda  Ambos

Que pierna es peor o mas problemática?  Derecha  Izquierda  Ambos

**A que hora del día son los síntomas más visibles:**

Constante       Al levantarse en la mañana       Temprano en la mañana       Tarde en la mañana

Temprano       Tarde en la noche       Toda la noche

Le cuesta mucho dormir?  Si  No

**Que le Agrava:**

Caminar       Subir / Elevar       Sentarse/ pararse por mucho tiempo       Manejar por mucho tiempo

**Que le ayuda a sentirse mejor:**

- Caminar    Subir / Elevar    medias de soporte / Compresión    Medicinas

**Tratamiento Conservador: Cual de las siguientes han probado ayudar con sus síntomas durante el año? (Por favor circule)**

...ah tratado medias de soporte/compresión para problemas de vena?	Si	No	...ah tomado tiempo de descanso en su trabajo debido a sus problemas de vena?	Si	No
...ah tratado ejercicio regularmente debido a sus problemas de vena?	Si	No	...ah perdido peso reciente? Cuanto?	Si	No
...ah cambiado trabajo debido a sus síntomas de vena?	Si	No	...ah tenido que elevar sus piernas debido a sus problema de vena?	Si	No
...ah tomado medicamento para el dolor debido a sus problemas de vena?	Si	No	...ah tenido que limitar sus actividades y estilo de vida debido a sus problemas de vena?	Si	No

**Complicaciones de Éxtasis Venosa:**

- He tenido una ulcera de pierna    He tenido un coágulo de sangre en mi pierna o en otros órganos
- He sangrado de la vena    Heridas leves en las piernas tardan mas tiempo en sanar
- Yo he sido evaluado previamente por mis venas

**Por favor indique si tiene cualquier condición tiene circule Si o No:**

Diabetes	Si	No	Incautaciones	Si	No
Cardiopatía	Si	No	Insuficiencia renal	Si	No
Enfermedad Pulmonar	Si	No	Hepatitis	Si	No
Hipertensión	Si	No	Infección por VIH	Si	No
Artritis	Si	No	Desmayos	Si	No
Cancer	Si	No	Consumo de Tabaco	Si	No

Otras condiciones medicas: \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales:** \_\_\_\_\_

Por favor Indique si usted actualmente (o recientemente) esta tomando medicamentos para anti-coagular la sangre: \_\_\_\_\_ Aspirinas diariamente?  Si  No

**Tienes alergias a cualquier cosa/medicamento?**  Si  No

En caso afirmativo, por favor lista todas sus alergias:

**Tratamiento Previo de la Vena? (Por favor cheque Si o No)**

	Si	No		Si	No
Extracción Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escleroterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablación Térmica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Láser o luz pulsada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Quirúrgica Historia Pasada:**

- No Hospitalizaciones ni cirugías previas
- Reemplazo de cadera \_\_\_\_\_
- Reemplazo de Rodilla \_\_\_\_\_
- Cirugía Espinal \_\_\_\_\_
- Cirugía de Fusión en Tobillo \_\_\_\_\_
- Cirugía de Vesicular biliar \_\_\_\_\_
- Histerectomía \_\_\_\_\_
- Apendectomía \_\_\_\_\_
- Otra Cirugía: \_\_\_\_\_

**Solo para mujeres:** Indique Si o No si estas. . .

Yo estoy actualmente dando lactancia (lactancia materna)	Si	No		Estoy actualmente embarazada o pienso que podría estar embarazada	Si	No
El embarazo estuvo mas difícil debido a mi embarazo	Si	No		Noto mis síntomas de pierna en el momento de mi periodo	Si	No
He sido diagnosticada con síndrome de pélvica	Si	No		Estoy en terapia de reemplazo hormonal (TRH)	Si	No
Estoy tomando anticonceptivos orales	Si	No		Estoy planeando el inicio de la terapia de reemplazo hormonal	Si	No

Numero de embarazos: \_\_\_\_\_ Numero de entregas: \_\_\_\_\_

**Historia Social:** Si No

Consume bebidas alcohólicas:  Que tipo de bebidas: \_\_\_\_\_

Consume tabaco:

Actualmente esta trabajando:  Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiempo que camino cada día (horas): \_\_\_\_\_

Que haces para divertirte cuando no estas evaluando tus venas? \_\_\_\_\_

**Historia de la Familia:** Por favor indique si alguien en su familia a sufrido de cualquiera de estas enfermedades.

**Historia Social:** Si No

Consumo bebidas alcohólicas:   Que tipo de  
bebidas: \_\_\_\_\_

Consumo tabaco:

Actualmente esta trabajando:   Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiempo que camino cada día (horas):  
\_\_\_\_\_

Que haces para divertirte cuando no estas evaluando tus venas?

**Historia de la Familia:** Por favor indique si alguien en su familia a sufrido de cualquiera de estas enfermedades.

Coagulo de Sangre venosa  Coagulo de sangre en los pulmones  Varices Venosas

**Revisión de los sistemas: Tiene actualmente cualquier de los siguientes?**

**Si marco "Si" en cualquier, explique en la línea bajo de la marca.**

No	Si	
		Constitucional: (Fiebre, escalofríos, resiente inexplicable perdida de apetito o peso).
		Ojos:(Cualquier cambio reciente inexplicable en la agudeza visual, doble visión, excesivo lagrimeo o costras).
		ONG: (Sin cambio reciente en la capacidad de audición, de descarga, dolor de garganta, mareos o zumbidos en los oídos).
		Cardiaco: (Sin dolor en el pecho, falta de aliento, despertar del sueño sin aliento, o medicamentos cardíacos).
		Respiratoria: (Sin falta de aliento, tos productiva, tos con sangre, o dolor con la respiración).
		Gastrointestinal: (Ningún cambio en el intestino no hábitos, negros, rojos o sangrientos taburetes, vómitos o dolor de vientre).
		Genitourinario: (Incontinencia, frecuente, urgente o dolorosa).
		Musculoesketal: (Sin cambio en caminar capacidad o fuerza. No incluye articulaciones dolorosa o artritis)
		Piel: (No problemático erupciones o no picazón, ningún cambio en color de la piel o úlceras que no sanan)
		Neurológico: (No inesperado, inexplicable entumecimiento, hormigueo o perdida de memoria o movimiento).
		Psiquiátrico: (No hay pensamientos suicidas o alucinaciones)