

Vein Clinic Patient Health History

Name: _____ DOB: _____ Date: _____
(Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Fecha)

Reason for Visit:
(Motivo de la visita)

Physician notes:
(Nota de medico, no llene)

Current Medication:
(Medicamentos tomando ahora)

Name (Nombre)	Dose/ Strength (Dosis)	Frequency (Frecuencia)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allergies: Medication or any other substances?
Alergico(a) a medicamentos o cualquier otra sustancia?

Past surgical history:
Cirugías previas:

Social history:
Información social:

Marital Status: Single Married Divorced Widowed
Estado Civil: soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Exercise: _____ If yes, how often? _____
Ejercicio: En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia

Tobacco: _____ Packs per day _____
Tobaco: Paquetes por día

Alcohol: _____ Drinks per day/week _____
¿Cuántos tragos por día/semana

Cuanto Pesa (libras) _____ Que Mide _____

Family history:

Información Familiar:

Parents: Mother Living/ Deceased Cause of Death _____
Padres: Madre viva o muerta Causa de muerte

Father Living/ Deceased Cause of Death _____
Padre vivo o muerto Causa de muerte

PATIENT QUESTIONNAIRE OF VARICOSE VEINS
ARE YOU A CANDIDATE FOR TREATMENT?

Cuestionario de las Venas Varicosas
¿Es usted candidate para el tratamiento?

PATIENT: _____ **DATE:** _____

Nombre:

Fecha:

PLEASE CHECK THE APPROPRIATE RESPONSE:

Porfavor marque la respuesta adecuada:

1. HAVE YOU OR ANYONE IN YOUR FAMILY BEEN DIAGNOSED WITH VARICOSE VEINS?

Usted o alguien en su familia a sido diagnosticado con las venas varicosas?

- NO IF YES, PLEASE LIST: _____
En caso afirmativo, ¿porfavor escriba quien mas a sido diagnosticado con esta condición?

2. DO YOU HAVE VARICOSE VEINS THAT EXHIBIT ANY OF THE FOLLOWING CHARACTERISTICS?

¿Tiene usted venas varicosas que presentan cualquiera de las siguientes características?

- LARGE, BULGING VEINS OF THE LEGS (Venas grandes or resaltadas en sus piernas)
- SWOLLEN, RED OR WARM TO THE TOUCH (Venas hinchadas, rojas o cálidas)
- SKIN DISCOLORATION OR TEXTURE CHANGES (Decoloración de la piel o cambios de textura de la piel)

3. ARE YOU EXPERIENCING ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS IN YOUR LEGS, ANKLES OR FEET?

¿Siente alguno de los síntomas siguientes en sus piernas, tobillos o pies?

- PAIN, ACHING OR CRAMPING FEELING (Dolor o calambres)
- HEAVINESS / TIREDNESS (Pesado o cansancio)
- BURNING OR TINGLING SENSATION (Ardor o sensación de hormigueo)
- TENDER AREAS AROUND THE VEINS (Áreas de licitación alrededor de las venas)
- SORES OR SKIN ULCERS NEAR THE ANKLE (Úlceras cutáneas cerca del tobillo)
- SWELLING (Hinchazón)

4. HOW DO YOUR SYMPTOMS INTERFERE WITH YOUR DAILY LIVING ACTIVITIES?

¿Cómo interfieren sus síntomas en sus actividades diarias? _____

5. HAVE YOU PREVIOUSLY ATTEMPTED CONSERVATIVE TREATMENT WITHOUT SUCCESS?

¿Ha intentado tratamiento conservativo sin éxito?

- WEIGHT LOSS (Pérdida de peso)
- ELEVATING LEGS- IF YES, HOW OFTEN? _____
Elevar sus piernas. En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?
- AVOIDING LONG PERIODS OF SITTING OR STANDING (Evitar la prórroga de estar sentado(a) o de pie)
- COMPRESSION STOCKING- IF YES, HOW LONG? _____
Medias de compression. En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo?
- PAIN MANAGEMENT- FOR EXAMPLE ADVIL, IBUPROFEN, OR OTHER MEDICATIONS – PLEASE LIST THEM:
Manejo de su dolor – por ejemplo: Advil, Ibuprofen, o otros medicamentos – Por favor escribalos:

6. HAVE YOU EXPERIENCED SKIN ULCERS ON YOUR LEGS? NO YES. HOW LONG? _____

¿Ha tenido úlceras cutáneas en las piernas?

En caso afirmativo, ¿por cuanto tiempo?

7. HOW LONG HAVE YOU HAD PAIN OR SYMPTOMS OF VARICOSE VEINS?

Review of Systems

Do you have or have you ever had any of the following? Please check all that apply.

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque todas las que se aplican.

CONTINUAL SYMPTOMS (Síntomas Continuas)	MUSCULOSKELETAL (Musculoesquelético)
Appetite loss (Pérdida de apetito) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Pain (Dolor) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Dizziness (Mareos) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Weakness (Debilidad) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Fatigue (Fatiga) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Numbness (Entumecimiento) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
General Weakness (Debilidad General) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Joint Pain (Dolor de las Articulaciones) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Weight loss (Pérdida de Peso) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Other (Otros Síntomas):
Other (Otros Síntomas):	EAR/ NOSE/ THROAT/ MOUTH (Nariz/Boca/Garganta/Oído)
EYES (Ojos)	Ear infection/ Sore Throat <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No (Infección de Oído/Dolor de Garganta)
Blurred/ Double Vision (Visión Borrosa) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Nose Bleeds (Hemorragia Nasal) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Cataracts (Cataratas) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Sinuses/ Seasonal Allergies (Alergias Nasales) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Pain (Dolor) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Other (Otros Síntomas):
Other (Otros Síntomas):	GENITOURINARY (Genetourinario)
NEUROLOGICAL (Nerológico)	Urine Retention (Retención de Orina) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Tremors/ Seizures (Temblores/Convulsiones) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Painful / Bloody Urination <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No (Orina con Sangre/Dolorosa)
Dizzy Spells/ Fainting (Mareos/Desmayo) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Urinary Frequency (Orinacion Frecuente) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Neuropathy (Neuropatía) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Incontinence (Incontinencia) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Numbness/Tingling <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No (Entumecimiento/Hormigueo)	Other (Otros Síntomas):
Migraines (Migrañas) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	RESPIRATORY (Respiratorio)
GASTROINTESTINAL (Gastrointestinal)	Wheezing/ Cough (Tos/Aliento Agitado) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Abdominal Pain (Dolor Abdominal) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Sleep Apnea (Apnea del Sueño) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Nausea/ Vomiting (Náuseas/Vómito) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Shortness of Breath (Falta de Aliento) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Indigestion/ Heartburn (Indigestión/Acidez) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Asthma (Asma) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Diarrhea/ Constipation <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No (Diarrea/Estreñimiento)	HEMOTOLOGIC/ LYMPHATIC (Hematológico/Linfático)
Reflux (Reflujo Estómagal) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Swollen Glands (neck) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No (Glándulas Inflamadas en el Cuello)
Other (Otros Síntomas):	Blood Clotting Problem <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No (Problema de Coagulación de la Sangre)
CARDIOVASCULAR	Hepatitis <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Chest Pain (Dolor en el Pecho) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	HIV/ AIDS (VIH/SIDA) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Heart Murmur (Soplo Cardíaco) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Other (Otros Síntomas):
High Blood Pressure (Alta Presión) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	PSYCHOLOGIC (Psicológico)
Arrhythmia (Arritmia) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Nervousness (Nerviosismo) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Varicose Veins (Venas Varicosas) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Anxiety (Ansiedad) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Leg Swelling (Hinchazón de Piernas) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	Depression (Depresión) <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No
Other (Otros Síntomas):	Other (Otros Síntomas):

Review of Systems (Continued)

Office use only: (comments/ notes):
(Uso de la oficina nadmas:)

Patient Signature: _____
(Firma del Paciente:)

Date: _____
(Fecha:)

Reviewed with patient by: _____

RELEASE TO USE PHOTOS

I AGREE TO ALLOW THE PHYSICIAN TO USE THE PHOTOS TAKEN OF MY LEGS TO BE RELEASED TO MY INSURANCE CARRIER(S). ALSO, THEY MAY BE USED IN PRESENTATIONS REGARDING THE TREATMENT OF VARICOSE VEINS. THE PHOTOS ARE NOT TO BE SOLD OR USED FOR PROFIT IN ANY WAY. I UNDERSTAND THAT ANY OF MY PERSONAL INFORMATION, SUCH AS MY NAME OR DATE OF BIRTH, WILL NOT BE USED WITH MY PHOTOS.

Permiso de usar fotos

Yo estoy de acuerdo para permitir al medico que use las fotos tomadas de mis piernas para ser entregadas a mi compañía de aseguranza. También, podrán ser utilizadas en las presentaciones sobre el tratamiento de venas varicosas. Las fotos no deben ser vendidas ni utilizadas por lucro de ninguna manera. Entiendo que cualquiera de mis datos personales, como mi nombre o fecha de nacimiento, no se utilizarán con mis fotos.

SIGNATURE: _____
Firma:

DATE: _____
Fecha: