



Formulario de antecedentes médicos del paciente

Responda las siguientes preguntas procurando no dejar espacios en blanco.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la visita: _____
 Sexo: Hombre/Mujer Estatura: _____ Peso: _____

¿Cuál es el nombre de su médico de cabecera?: _____

¿Cuáles son el nombre y el número de teléfono de su farmacia? _____

Escriba una lista de sus medicamentos actuales (recetados y de venta libre):

Medicamento:	Dosificación:	¿Con qué frecuencia lo recibe?	Píldora o inyección
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tiene alguna alergia? Sí No Si es así, ¿a qué? _____

¿Es alérgico al látex? Sí No

Antecedentes médicos previos (Marque con un círculo)

Hipertensión	S/N	Cáncer	S/N	Diabetes	S/N
Colesterol elevado	S/N	Enfermedad cardíaca	S/N	Accidente cerebrovascular	S/N
Enfermedad pulmonar	S/N	Insuficiencia renal	S/N	Anemia	S/N
Úlcera en pierna	S/N	Soplo cardíaco	S/N	Coágulos sanguíneos	S/N
Embarazo	S/N	VIH/sida	S/N	Hepatitis	S/N

Si tiene diabetes, ¿se le ha realizado un examen de pupila dilatada en los últimos 12 meses? S/N

Si es así, ¿en qué mes? _____

Antecedentes quirúrgicos previos (escriba una lista):

Antecedentes familiares

(Es importante que conozcamos los antecedentes médicos de su familia. Incluya información sobre si cualquier familiar ha tenido venas varicosas, várices, úlceras de la pierna, insuficiencia cardíaca congestiva, arteriopatía coronaria o revascularización quirúrgica.)

Madre	Con vida	Falleció	Edad: _____	Enfermedades: _____
Padre	Con vida	Falleció	Edad: _____	Enfermedades: _____
Hermanos	# _____		Edad: _____	Enfermedades: _____
Hermanas	# _____		Edad: _____	Enfermedades: _____
Hijos	# _____		Edad: _____	Enfermedades: _____

Antecedentes sociales:

Uso de tabaco: S/N Drogas recreativas: S/N Alcohol: S/N Casado: S/N

Si respondió de manera afirmativa sobre el uso de tabaco, indique de qué manera se ayudó para dejar de fumar _____

Revisión de sistemas (Marque con un círculo):

Cambios en la vista	S/N	Falta de aliento	S/N	Embarazo en curso	S/N
Dolores de cabeza	S/N	Dolor de estómago	S/N	Micciones frecuentes	S/N
Dolor en el pecho	S/N	Náuseas	S/N	Diarrea	S/N
Dolor de garganta	S/N	Dolor articular	S/N		
Fiebre	S/N	Lactancia en curso	S/N		

Antecedentes relacionados con las venas

¿Qué pierna le causa más molestias? Derecha Izquierda Las dos por igual

¿Siente dolor de moderado a intenso que causa deterioro funcional o físico de sus piernas? S/N

Si es así, ¿en qué pierna?: Derecha/izquierda/ambas

¿Le han realizado una evaluación de las venas anteriormente? S/N

Si es así, ¿qué médico se la realizó y cuándo? _____

¿Le realizó este médico algún examen de las venas? (Por ejemplo, ecografía): S/N

¿Alguna vez le han realizado cirugía en las venas o alguna vez ha recibido inyecciones? S/N

¿Experimenta cualquiera de los siguientes síntomas en las piernas?

Piernas adoloridas/dolor en las piernas	S/N	Piernas inquietas	S/N	Calambres en la pierna	S/N
Cansancio/fatiga	S/N	Pesadez	S/N	Con palpitaciones	S/N
Tobillos hinchados	S/N	Picazón/ardor	S/N	Episodios de sangrado	S/N

¿Durante cuánto tiempo ha experimentado estos síntomas? Meses: _____ Años: _____

¿Requieren sus actividades diarias que usted permanezca de pie durante períodos prolongados? S/N

En caso afirmativo, haga una lista de las actividades: _____

¿Cuántas veces al día tiene que sentarse o tomar un descanso debido al dolor en las piernas? _____

¿Qué actividades diarias podía realizar con anterioridad en el trabajo o en el hogar que ya no pueda realizar?

Responda de manera específica: _____

¿Toma medicamentos de venta libre (por ejemplo, aspirinas o ibuprofeno) para el dolor de piernas? S/N

En caso afirmativo, ¿qué medicamentos/dosis? _____

¿Con qué frecuencia toma estos medicamentos semanalmente? (Marque con un círculo)

0-2 días 3-4 días >5 días

¿Alguna vez ha usado medias de compresión durante al menos...? (Marque con un círculo)

2 semanas 6 semanas 3 meses 6 meses

En caso afirmativo, ¿le brindan alivio? S/N

Para pacientes de sexo femenino únicamente

¿Siente molestias/pesadez en la zona de la pelvis? S/N

¿Siente molestias/dolor durante las relaciones sexuales? S/N

¿Los síntomas de dolor empeoran durante la menstruación? S/N

Descargo de responsabilidad: A mi leal saber y entender, la información que proporcioné en este formulario es precisa al día de la fecha y soy consciente de que esto puede cambiar una vez que hable con mi médico.

Rev.10/5/2017 sms