



## Formulario de antecedentes médicos del paciente

Responda las siguientes preguntas procurando no dejar espacios en blanco.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de la visita: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: masculino / femenino 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 la tiene, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia al látex?    Sí    No

### Antecedentes médicos previos (márquelos con un círculo)

Hipertensión	S / N	Cáncer	S / N	Diabetes	S / N
Colesterol alto	S / N	Enfermedad cardíaca	S / N	Accidente cerebrovascular	S / N
Enfermedad pulmonar	S / N	Insuficiencia renal	S / N	Anemia	S / N
Úlcera de la pierna	S / N	Soplo cardíaco	S / N	Coágulo sanguíneo	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    Viva    Fallecida    Edad: \_\_\_\_\_    Enfermedades: \_\_\_\_\_

Padre    Vivo    Fallecido    Edad: \_\_\_\_\_    Enfermedades: \_\_\_\_\_

Hermanos    # \_\_\_\_\_    Edades: \_\_\_\_\_    Enfermedades: \_\_\_\_\_

Hermanas    # \_\_\_\_\_    Edades: \_\_\_\_\_    Enfermedades: \_\_\_\_\_

Hijos    # \_\_\_\_\_    Edades: \_\_\_\_\_    Enfermedades: \_\_\_\_\_

### Antecedentes sociales:

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

Si tuvo un efecto positivo en el uso del tabaco, incluya la asesoría para dejar de fumar \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo realiza/ realizaba? \_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas** (márquelos con un círculo):

Cambios en la visión	S / N	Dificultad para respirar	S / N	Actualmente embarazada	S / N
Dolores de cabeza	S / N	Dolor estomacal	S / N	Frecuencia urinaria	S / N
Dolor de pecho	S / N	Náuseas	S / N	Diarrea	S / N
Dolor de garganta	S / N	Dolor de las articulaciones	S / N		
Fiebre	S / N	Actualmente amamantando	S / N		

¿Piensa en provocarse daño usted mismo o provocárselo a otras personas? S / N

¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la neumonía? S / N

¿Ha recibido una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses? S / N Si es así, ¿en qué mes? \_\_\_\_\_

¿Le han realizado alguna vez una mamografía de detección? S / N

¿Le han realizado alguna vez una colonoscopia o colonoscopia virtual (colonografía por tomografía computarizada [CTC])? S / N

¿Recibe medicamentos recetados contra la osteoporosis? S / N

¿Se le ha realizado un examen de detección para la osteoporosis el año pasado? S / N

**Antecedentes relacionados con las venas**

¿Qué pierna le causa más molestias?: Derecha Izquierda Ambas 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?

Dolor en las piernas	S / N	Piernas inquietas	S / N	Calambres en las piernas	S / N
Cansancio/fatiga	S / N	Pesadez	S / N	Dolor pulsátil	S / N
Tobillos hinchados	S / N	Picazón/ardor	S / N	Hemorragias	S / N

¿Por cuánto tiempo ha experimentado estos síntomas? Meses: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

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

Si es así, 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

Si es así, ¿qué medicamentos/dosis? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia toma estos medicamentos semanalmente? (Márquelos 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

Si es así, ¿le brindan alivio? S / N