



HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Médico de Cuidado Primario: _____ Médico Referente: _____

Por favor enliste todas las ALERGIAS que tiene: _____

Razón por la que está buscando tratamiento para sus venas:

Razones Médicas _____

Razones Cosméticas _____

¿Cuánto tiempo ha tenido las venas sobre las que está preocupado? _____

¿Sus venas se desarrollaron por un embarazo? _____

¿Sentarse prolongadamente o pararse agrava sus venas? Sí No

¿Están empeorando sus venas? _____

¿Ha tenido tratamiento para sus venas? Si sí, ¿Dónde y que tipo de tratamiento? _____

¿Sus piernas (por favor circule): Hinchán Duelen Se inflaman y enrojecen

¿Se le ha tratado con un COÁGULO DE SANGRE en sus piernas, si sí, cuando y que pierna? _____

¿Ha usado MEDIAS DE COMPRESIÓN, y si sí, cuanto tiempo y ayudó a sus venas? _____

Por favor enliste MEDICAMENTOS que esté tomando ahorita:



Por favor circule cualquier PROBLEMA MÉDICO que tenga:

Presión Sanguínea Alta Cáncer Enfermedad del Corazón Enfermedad del Pulmón Diabetes
Enfermedad del Hígado

Por favor enliste cualquier CONDICIÓN MÉDICA pertinente que tenga, que no hemos listado:

Por favor enliste CIRUGÍAS PREVIAS y fechas:

SÓLO MUJERES		
<i>¿Está embarazada o amamantando?</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>Número de Embarazos</i> _____ <i>Número de Nacimientos</i> _____		
<i>¿Tiene venas prominentes en la región pélvica y vulva?</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>¿Tiene dolor pélvico después de largos períodos de pie o al final del día?</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>¿Tiene dolor pélvico después del sexo?</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>¿Tiene dolor pélvico o pesadez con la menstruación?</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



REVISIÓN DE SISTEMAS: *(Revise si tiene, o ha tenido síntomas en las siguientes áreas a un grado significativo)*

General: Pérdida o ganancia de peso Fatiga Fiebre o escalofríos Debilidad

Piel: Rash Comezón Cambios de Color

Respiratorios: Tos Espujo Acortamiento de Aliento Sibilancias

Cardiovascular: Dolor del Pecho Palpitaciones Hinchazón

Gastrointestinal: Acidez Sangrado Intestinal Estreñimiento Diarrea

Vascular: Dolor en la pantorrilla al caminar Calambres en las piernas

Musculo esquelético: Dolor muscular o de las articulaciones Hinchazón de las articulaciones

Neurológico: Mareos Desmayo convulsiones Entumecimiento Estremecimiento
 Temblores

Hematológico: Facilidad de hematomas Facilidad de sangrado Coágulos de sangre

Endocrino: Intolerancia al calor oa la fría Sudor Orinación Frecuente Sed

Enfermedad Infecciosa: HIV/SIDA Hepatitis B Hepatitis C

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Impreso: _____