

CONSULTORIO VASCULAR ARLINGTON

ARLINGTON VASCULAR OFFICE

F. JON SENKOWSKY, MD, FACS – HEATHER SCHUSTER, PA-C

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA VENOSA VENOUS HEALTH HISTORY FORM

NOMBRE / NAME: _____ FECHA DE HOY / TODAY'S DATE: _____
FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH: _____

*Sírvase responder las siguientes preguntas e indicar la fecha aproximada en que se presentó...
Please answer the following questions & provide estimated date of occurrence...*

ANTECEDENTES MÉDICOS / PAST MEDICAL HISTORY

1. ¿ALGUNA VEZ LE HAN PRACTICADO UNA FLEBOXTRACCIÓN? SÍ / YES ___ NO ___
HAVE YOU EVER HAD VEIN STRIPPING SURGERY?
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO Y EN CUÁL PIERNA? _____
IF YES, WHEN & WHICH LEG?
2. ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ ESCLEROTERAPIA SÍ / YES ___ NO ___
HAVE YOU EVER HAD VEIN INJECTIONS?
EN CASO AFIRMATIVO, ¿EN CUÁL PIERNA Y EN QUÉ SITIO DE LA PIERNA? _____
IF YES, WHICH LEG & WHERE ON THE LEG?
3. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UN COÁGULO SANGUÍNEO? SÍ / YES ___ NO ___
HAVE YOU EVER HAD A BLOOD CLOT
EN CASO AFIRMATIVO, ¿EN CUÁL PIERNA Y CUÁNDO? _____
IF YES, WHICH LEG & WHEN?
4. ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ FLEBITIS SÍ / YES ___ NO ___
HAVE YOU EVER HAD PHLEBITIS?
EN CASO AFIRMATIVO, ¿EN CUÁL PIERNA Y CUÁNDO? _____
IF YES, WHICH LEG & WHEN?
5. SÍRVASE INDICAR LAS MANIFESTACIONES Y SÍNTOMAS QUE HA EXPERIMENTADO (POR EJEMPLO, DIFICULTAD PARA CAMINAR, HINCHAZÓN, DOLOR, ETC. / PLEASE LIST THE SIGNS & SYMPTOMS YOU HAVE EXPERIENCED (I.E., TROUBLE WITH WALKING, SWELLING, PAIN, ETC.

6. ¿HAN EMPEORADO SUS VENAS EN LOS ÚLTIMOS MESES SÍ / YES ___ NO ___
HAVE YOUR VEINS WORSENED IN RECENT MONTHS?
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DESCRÍBALO: _____
IF YES, DESCRIBE
7. ¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR? (POR EJEMPLO, ADVIL, MOTRIN, ETC.) /
ARE YOU CURRENTLY TAKING PAIN MEDICATIONS? (I.E. ADVIL, MOTRIN, ETC.) SÍ / YES ___ NO ___
EN CASO AFIRMATIVO, ENUMERE LOS MEDICAMENTOS, DOSIS Y FRECUENCIA DIARIA. /
IF YES, LIST MEDICATIONS WITH DOSAGES & TIMES PER DAY: _____

8. ¿EL PROBLEMA CON SUS VENAS LE IMPIDE DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS? SÍ / YES___ NO___
DO YOUR VEIN PROBLEMS KEEP YOU FROM PERFORMING YOUR NORMAL DAILY ACTIVITIES?
9. ¿ELEVA SUS PIERNAS PARA ALIVIAR LA MOLESTIA SÍ / YES___ NO___
DO YOU ELEVATE YOUR LEGS TO RELIEVE DISCOMFORT?
EN CASO AFIRMATIVO, ¿POR CUÁNTO TIEMPO CADA DÍA _____
IF YES, HOW LONG PER DAY?
10. ¿USA USTED MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDICADAS SÍ / YES___ NO___
DO YOU WEAR PRESCRIPTION COMPRESSION HOSE?
EN CASO AFIRMATIVO, DE QUÉ TIPO Y QUÉ GRADIENTE? ¿CON QUÉ FRECUENCIA?
IF YES, WHAT TYPE & GRADIENT? HOW OFTEN? _____
11. ¿USA USTED MEDIAS DE SOPORTE LIVIANAS? (POR EJEMPLO, SHEER ENERGY) SÍ / YES___ NO___
DO YOU WEAR LIGHT SUPPORT HOSE? (I.E. SHEER ENERGY)
EN CASO AFIRMATIVO, ¿LE PROPORCIONAN ALIVIO _____
IF YES, DO THEY PROVIDE RELIEF?
12. ¿LE HAN HECHO EXÁMENES DE LAS VENAS SÍ / YES___ NO___
HAVE YOU EVER HAD ANY TESTS DONE ON YOUR VEINS?
EN CASO AFIRMATIVO, DESCRÍBALO _____
IF YES, PLEASE DESCRIBE: