

VEIN CENTER OF VENTURA

168 North Brent St. #508 Ventura, CA 93003
805-643-2855

INORMATION MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medico Primario: _____ Medico Refirió: _____

Razón de la visita: _____

Historia Venosa

Razón por la que está buscando tratamiento para sus venas: ___ Médico _____Cosmético_____

Mucho tiempo sentado o de pie agravar las venas: _____ ¿Están empeorando ?_____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para las venas? _____ Si es así, cuándo, dónde y qué tipo de tratamiento?

¿Sus piernas si (síntomas): hinchar? _____ Dolor? _____ Se enrojecen y se inflaman? _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por un coágulo sanguíneo en la pierna? ___ ¿Cuándo y qué pierna?_____

¿Alguna vez ha usado medias de compresión? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Le ayudó?_____

Los exámenes diagnóstico – (lista de las pruebas diagnóstico reciente, incluida la angiografía, ultrasonido o rayos X)

Nombre de la prueba/rayos x

Fecha

Donde Realizado

La Historia Social

¿Usted fuma? Si No Parado ¿Si fuma, cuanto tiempo? _____ ¿Cuántos paquetes por día?_____ ¿Si usted paró, cuanto tiempo hace?_____

¿Usted bebe el alcohol? Si No Parado ¿Si, cuántas bebidas por día? _____ Si usted ha parado hace cuánto tiempo_____

¿Usted tiene una historia del abuso de drogas o de la droga del intravenoso? Si No

¿Usted ha terminado una “Energía de Curable del abogado para el cuidado médico,” también conocido como un “Directorio Avanzado” o una “Voluntad que vivía”? _____ Si _____ No (Si sí, proporcione por favor una copia para su expediente médico en nuestra oficina)

La historia quirúrgica- por favor, marque todas las condiciones médicas serias para el que han sido tratados.

Operación

Fecha

Complicaciones

Historia de familia

Padre: Vive Difunto ¿Si es difunto en qué edad? Si difunto causa de muerte _____

Madre: Vive Difunta ¿Si es difunta en qué edad? _____ Si difunto causa de muerte _____

Hermanos: Si viven, cuantos _____ Numero de difuntos _____ Si difuntos a que edad _____

Hermanas: Si viven, cuantas _____ Numero de difuntas _____ Si difuntas a que edad _____

Niños: Si viven, cuantos _____ Numero de difuntos _____ Si difuntos a que edad _____

Compruebe cualquier enfermedad que su padre, madre, hermanos, hermanas, o niños hayan experimentado:

Enfermedad cardiaca Desorden de la sangría cáncer Enfermedad de riñón ataques al corazón problemas del corazón diabetes convulsiones o epilepsia enfermedad pulmonar enfermedad de la arteria coronaria colesterol alto accidente cerebrovascular muerte súbita cardíaca la tuberculosis varices hipertensión

Historial médico: por favor, revise las condiciones médicas graves que han sido tratados.

Aneurisma de la aorta el trastorno de la válvula aórtica arritmia asma cáncer cardiopatía enfermedad cardíaca congénita insuficiencia cardiaca congestiva COPD la enfermedad coronaria CVA trombosis venosa profunda la diabetes las enfermedades gastrointestinales enfermedades genitourinarias ataque al corazón enfermedad hematológica hiperlipidemias hipertensión enfermedad renal enfermedad hepática trastornos de la válvula mitral marcapasos enfermedad arterial periférica el problema de derrame cerebral Tiroides warfarina (Coumadin) la gestión depresión

Revisión de los síntomas: por favor revise las condiciones o síntomas que han experimentado

Constitucional: fiebre sudoración nocturna cambios de peso (+ /- ___lbs) intolerancia al ejercicio

Los ojos: sequedad de ojos irritación cambios en la visión

Los oídos: dificultad para oír dolor de oído

Nariz: hemorragias nasales frecuentes problemas sinusales secreción nasal presión en los senos

La boca / Garganta: dolor de garganta sangrado de las encías el ronquido sequedad de boca

Úlceras en la boca anomalías orales dientes anomalías la respiración bucal

Cardiovascular: dolor en el pecho dolor en el pecho con esfuerzo excesivo dolor en el brazo de esfuerzo mareos al ponerse de pie Falta de aire al caminar dificultad para respirar palpitaciones soplo en el corazón dificultad para respirar al acostarse

Respiratorias: tos sibilancias dificultad para respirar tos con sangre apnea del sueño

Gastrointestinales: dolor abdominal vómitos cambios en el apetito heces de color negro diarrea frecuente

Genitourinarios: pérdida de control urinario dificultad para orinar aumento de frecuencia urinaria hematuria incompleta vacío

Músculo esqueléticos de origen: dolores musculares debilidad muscular artritis / dolor en las coyunturas dolor de espalda hinchazón en las extremidades

Piel: ictericia sarpullido hinchazón comezón sequedad de la piel el crecimiento, / lesiones

Neurológico: pérdida de conciencia debilidad entumecimiento convulsiones mareos migrañas dolores de cabeza frecuentes o graves las piernas inquietas

Psiquiátricos: depresión trastornos del sueño alteraciones del sueño el abuso del alcohol

Endocrino: fatiga sed creciente caída del cabello aumento de crecimiento del cabello intolerancia al frío

