



CALIFORNIA VASCULAR & VEIN CENTER
Salud Evaluación Cuestionario

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: HOMRE / MUJER
 PESO: _____ ESTATURA: _____

ESTADO CIVIL: CASADO / DIVORCIADO(A) / VIUDO(A) / SOLTERO(A)
 REFERIDO POR: _____

MEDICO PRIMARIO: _____

RAZON POR REFERIDO: _____

USTED A EXPERIENCADO O TODAVIA ESTA EXPERIENCANDO CUALQUIER DE LOS SIGUIENTES:

	SI	NO		SI	NO
Hinchazón de tobillos, pies o estomago?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor, molestias o calambres en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo, apagones o desmayo ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuando caminando?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporal perdida/ perturbación discurso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporal debilidad de un solo lado?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

ACTUAL/ PASADO MEDICOS HISTORIA

	SI	NO	
Enfermedad coronaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Ataque de corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Caterismo cardiaco/angiograma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Cirugía de bypass.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Accidente vascular encefálico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Ataque isquémico transitorio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Enfermedad vascular periférica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Cuagalos de sangre (pulmones/extremidades).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Aneurisma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Colesterol alto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Cáncer (Especificar _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____
Otro (Especificar _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mes/Año _____

TIENE ALGUNA ALERGIA: SI NO

YODO SI NO ASPIRINA SI NO MARISCOS SI NO PENICILINA SI NO

OTROS: _____

HISTORIA SOCIAL:

ESTA INFORMACION ES ESTRUCTAMENTE CONFIDENCIAL. SIN EMBARGO, PUEDE DISCUTIR ESTA PARTE CON EL MEDICO SI LO PREFIERE.

USO DE TOBACO: USO ACTUAL SI NO – SI ES ASI, CANTIDAD _____ /AL DIA CUANTO TIEMPO ? _____
 SI HAY ANTECEDENTES DE FUMAR, CUANDO DEJO DE FUMAR ? _____
 CANTIDAD _____

CONSUMO DE ALCOHOL: USO ACTUAL SI NO
 HISTORIA DE ABUSO: SI NO CUANTO TIEMPO? _____ LICOR _____ VINO _____ CERVEZA _____
 DROGAS DE LA CALLE: MARIHUANA, USO ACTUAL SI NO COCAINA, USO ACTUAL SI NO

HISTORIA FAMILIAR

ENFERMEDADES DEL CORAZON SI NO
 COLESTEROL ALTO SI NO
 HIOERTENSION ARTERIAL SI NO
 ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO SI NO
 CANCER SI NO
 DIABETES SI NO
 ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA SI NO

MIEMBRO DE LA FAMILIA

REVISION DE LOS SINTOMAS

TIENE USTEDACTUALMENTE O HA TENIDO PROBLEMAS EN LAS SIGUIENTES AREAS?

GENERAL	SI	NO	PULMONARY	SI	NO
Cansancio, Debilidad....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Broncitis Crónica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huesos/Músculos		
Bultos en el cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de músculos/debilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstrucción en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones/hinchazón....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Doble.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discurso o.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensión perdida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento/debilidad en			HEMATOLOGIA		
Brazos & Piernas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS/OREJAS/NARIZ/GARGANTA			Problema de sangradura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
GASTROINTESTINAL					
Diverticulitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sangrado Intestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hernia de hiato.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad de hígado...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dificultad para tragar...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diarrea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Falta de apetito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Estreñimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indigestión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Acidez.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SOLO MUJERES:

HA TENIDO UNA HISTERECTOMIA TOTAL?
 (OVARIOS Y EXTRACCION DEL UTERO)

SI NO

ESTA TOMANDO PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS?

SI NO

TOMA REEMPLAZO HORMONAL?

SI NO

MEDICAMENTOS

LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA
 REGULAR MENTE. INCLUIR TODOS LOS MEDICAMENTOS
 DE VENTA LIBRE, VITAMINAS Y SUPLEMENTOS.

ENDOCRINO			MEDICAMENTO	DOSIS (MG)	VEZ AL DIA
Problemas de la tiroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Díabêtes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
GENITOURINARIO			_____	_____	_____
Problemas de la vejiga...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Frecuente urinacion....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Enfermedad de riñones..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Disfunción erectil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Otro (especificar) _____			_____	_____	_____
ENFERMEDAD VASCULAR DEL COLAGENO			_____	_____	_____
Lupus Eritematoso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Reumatoide Artritis....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
PIEL			_____	_____	_____
Erupciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Urticaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Cáncer de piel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Depresión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____