



Historial del Paciente

The Vein Treatment Center ~ Dr. William P. Kalchoff and Dr. Grady L. Hallman

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad del Paciente _____ Sexo M/F

Que problema necesita usted evaluar? _____

Cuando inicio este problema? _____

Cuales son sus sintomas? _____

Ha tenido tratamiento en sus venas? Si ___ No___ Que tipo de tratamiento a tenido _____

Alguien en su familia tiene? Venas Varicosas _____ Venas Capilares _____ Ulceras en las piernas _____

Usted se pone medias de soporte? Si/No Que tipo de medias?: _____ Las medias le ayudan? SI/NO Cuanto tiempo? _____

Usted fuma? SI/NO Cuantos al dia? _____

Usted consume alcohol ? SI/NO Cuanto consume? _____

Es alergico a algun medicamento ? SI/NO Cuales? _____

Esta usted tomando algun medicamento para la sangre? _____

Ha tenido alguna cirugia? _____ Mencione cual _____

Ha tenido problemas con:

Alta presion	SI/NO	Cancer	SI/NO
Enfermedad del Corazon	SI/NO	Artritis	SI/NO
Marcapaso cardiaco	SI/NO	Enfermedad del higado	SI/NO
Arritmia	SI/NO	Alergias	SI/NO
Valvula mitral	SI/NO	Asma	SI/NO
Infarto	SI/NO	Infeccion VIH	SI/NO
Diabetis	SI/NO		

Otros problemas: _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____