

Prueba de detección de insuficiencia venosa

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente **X** _____ Fecha de Nacimiento: _____

Registro Medico #: _____

¿Alguna vez le han diagnosticado o tiene alguno de los siguientes? Encierre en un círculo su respuesta.

Venas varicosas	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Úlceras en Pierna o Tobillo	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Varicés	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Dolor	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Pesadez	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Cansancio / Fatiga	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Picazón / Ardor	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Hinchazón	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Calambres	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Piernas inquietas	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Palpitante	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Problemas de piel o úlceras	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda

¿Realiza alguna de las siguientes acciones para mejorar la incomodidad en su (s) pierna (s)?

¿Toma medicamentos para el dolor? Sí No; En caso afirmativo, ¿qué medicamento

Eleva la pierna? Sí No; En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo _____

Usa medias de soporte? Sí No; En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Cómo afecta la condición de su pierna sus actividades diarias?

Historia Personal y Familia:

¿Alguien en su familia tiene venas varicosas? Sí No; En caso afirmativo, quién _____

MUJERES - ¿Alguna vez ha estado embarazada? Sí No; En caso afirmativo, cuántas veces _____

Se sienta o se pone de pie durante largos períodos de tiempo? Sí No; En caso afirmativo, con qué frecuencia _____

Firma del Médico **X** _____ Fecha: _____