

**David D. Shin, MD, RVT, RPVI, FACS**  
**Texas Surgical Associates**  
**Houston Vein Specialists**

Por favor llene los espacios en blanco:

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Doctor que refiere: \_\_\_\_\_ Doctor Familiar: \_\_\_\_\_

Informacion del Seguro: Por favor de presentar su tarjeta del seguro

Seguro Principal: \_\_\_\_\_ Titular del Seguro: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Titular del Seguro: \_\_\_\_\_

Informacion del Titular: SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Cual es la razon de esta visita?:

\_\_\_\_\_

**Antecedentes Medicos (Favor de marcar los necesarios ):**

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Artritis        | <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado                 | <input type="checkbox"/> Coagulos Sanguineos |
| <input type="checkbox"/> Cancer                 | <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Enfisema                  | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon              | <input type="checkbox"/> Hepatitis           |
| <input type="checkbox"/> Presion Alta           | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> SIDA                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria del Intestino |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales   | <input type="checkbox"/> Neumonia        | <input type="checkbox"/> Embarazo                  | <input type="checkbox"/> Epilepsia                             |  |
| <input type="checkbox"/> Ulceras en el Estomago | <input type="checkbox"/> Embolias        | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Tiroides | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          |  |

Otras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cirugias Anteriores y fechas:

---

---

---

---

Medicinas y dosis:

---

---

---

---

Alergias y que reacciones tuvo:

---

Antecedentes Sociales:

Usted:  Fuma/Cuanto? \_\_\_\_\_  Toma Alcohol/cuanto? \_\_\_\_\_  Usa drogas intravenosas  
Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:

Tiene familiares con:

Problemas Cardiacos  Embolias  Presion Alta  Diabetes  Cancer  
 Problemas de Sangrado

Por favor marque los necesarios(ROS):

**General:**  Cambio en el Apetito  Cambio de Peso  Fiebre  Calosfrios

**Piel:**  Cambio de Color  Comezon  Cambio en Lunares  Ronchas

**Ojos, Oidos, Nariz y Garganta:**  Problemas Visuale  Problemas de Oido  Dolor de Oido

**Corazon:**  Dolor de Pecho  Falta de aire al Respirar

**Vascular:**  Dolor de Piernas  Ulceras en los Pies  Venas Varicosas

**Respiratorio:**  Alergias  Sinusitis  Tos  Respiracion sonora  Tos con Sangre

**Gastrointestinal:**  Agruras/Reflujo  Nausea  Vomito  Diarrea  Constipacion

Dolor Abdominal  Cambio en el color del Excremento  Sangre en el Excremento

**Genitourinario:**  Dolor al Orinar  Sangre en la Orina  Problemas al Orinar

**Hombres:**  Tumores en el pecho  Impotencia  Dolor o tumores en los Testiculos

**Mujeres:**  Tumores en el Pecho  Secreciones en el Pezon  Secreciones Vaginales

Embarazo  Menopausia  Fecha de ultima Menstruacion \_\_\_\_\_

**Musculoesqueletico:**  Dolor de Espalda  Articulaciones Dolorosas

Inflamacion de las articulaciones

**Neurologico:**  Debilidad  Adormecimiento  Dolor de Cabeza  Desmayos

**Endocrino:**  Poca tolerancia a Calor/Frio  Sed Excesiva

**Hematologico:**  Sangrado o moretones faciles  Necesidad de Transfusiones de Sangre

**Siquiatrico:**  Cansancio  Problemas para Dormir  Ansiedad  Depresion

**Otros:** \_\_\_\_\_