

**HOUSTON VEIN SPECIALISTS**  
**David D. Shin, MD, RVT, RPVI, FACS**  
**6550 Fannin Street, Suite 2407**  
**Houston, TX 77030**  
**713-790-0000**

**Por favor llene los espacios en blanco:**

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

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

SS#: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabaja: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (E-Mail): \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

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

**Información del Seguro: Por favor de presentar su tarjeta del seguro**

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

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

Información del Titular (si no paciente):

SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Contacto en Caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de la farmacia:**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Cuál es la razón de esta visita? (Favor de marcar los necesarios):

- Venas de Arana  Venas Varicosas  Dolor de Piernas  Inflamación de pierna  
 Color de la piel cambio  Úlceras

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

Antecedentes Médicos (Favor de marcar los necesarios):

- Artritis  Asma  Problemas de Sangrado  Coágulos Sanguíneos  Diabetes  
 Enfermedad coronaria  Las arritmias del corazón  Valvulopatías  
 Presión Alta  SIDA  Enfermedades Renales  Mígranos  Epilepsia  
 La enfermedad de úlcera péptica  Embolismo  Hepatitis/ Tipo: \_\_\_\_\_  cáncer / Tipo:

Cirugías Anteriores y fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicinas y dosis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias y que reacciones tuvo:

\_\_\_\_\_

Antecedentes Sociales:

Usted Fuma?  Sí  No

Ocupación: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares (Marcos si algún miembro de la familia tiene los siguientes problemas):

Venas Varicosas  Coágulos Sanguíneos (locacion) \_\_\_\_\_

Por favor, compruebe que todos los síntomas que se aplican:

General:  Aumento de peso  Pérdida de peso  Fiebre  Calosfríos

Skin:  Cambio de Color  Comezón  Ronchas

Cardiaca:  Dolor de Pecho  Falta de aire al Respirar

Vascular:  Dolor de Piernas  Úlceras en los Pies  Venas Varicosas

Respiratory:  Alergias

Gastrointestinal:  Agruras/Reflujo  Úlceras estomacales

Mujer: # of Embarazo \_\_\_\_\_ # niños \_\_\_\_\_

Fecha de ultima Menstruación \_\_\_\_\_  Menopausia  Tubal Ligación

Musculoskeletal:  Dolor de Espada  Articulaciones Dolorosas

Inflamación de las articulaciones

Hematológico:  Sangrado o moretones fáciles

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