



NEW PATIENT REGISTRATION PACKET

¡Bienvenido a Center for Vein Restoration!

Muchas gracias por elegir a Center for Vein Restoration como su asociado en la salud de las venas. Creemos que usted y su médico han hecho una elección correcta para programar una evaluación inicial con nosotros. Desafortunadamente, muchas personas llevan demasiado tiempo sufriendo molestias en las piernas. Esperamos que al momento de la finalización de su terapia se dé cuenta de que el tratamiento fue probablemente más rápido y fácil de lo que imaginaba.

A continuación presentamos algunas de las razones por las cuales se encuentra en buenas manos en nuestro centro:

- Nuestros excepcionales médicos se especializan en el tratamiento de venas y realizan miles de procedimientos cada año. **Nuestros médicos y centros de tratamiento de venas han recibido numerosos elogios de las revistas *Washingtonian*, *Best of Bethesda* y *Best of Baltimore*, así como también en *What's up Annapolis* y *What's up Eastern Shore*.**
- El tratamiento se realiza de forma ambulatoria en nuestros centros de tratamiento de venas y los pacientes, por lo general, regresan al trabajo o a sus otras actividades diarias el mismo día.
- Ofrecemos una gama completa de opciones de tratamiento, entre ellas ablación por radiofrecuencia y láser, escleroterapia y microflebectomía, para que usted reciba la mejor solución para sus necesidades específicas.
- Como su asociado en la atención "completa" de las venas, evaluamos y, si es necesario, tratamos los sistemas venosos superficiales y profundos: un conjunto de técnicas proporcionadas exclusivamente por centros selectos en toda la nación.
- Nuestro consultorio se comunica con su plan de seguro médico para ayudar a obtener una aprobación previa para sus tratamientos, ayudar a garantizar una cobertura óptima y poder ofrecer opciones de financiamiento para administrar los gastos de coordinación de beneficios.

Durante su cita inicial, nuestro médico y equipo de especialistas en venas evaluarán sus necesidades personales y recomendarán un plan de tratamiento efectivo. ¡Esperamos conocerlo y ayudarlo a disfrutar de piernas sanas y felices una vez más!

Atentamente.

Dr. Sanjiv Lakhanpal

Dr. Sanjiv Lakhanpal FACS
Presidente y Director General



Instrucciones para pacientes nuevos - Center for Vein Restoration

Esta información se proporciona para ayudarlo a prepararse para la cita inicial con nosotros en Center for Vein Restoration (CVR).

Complete la siguiente documentación antes de su visita y llévela el día de la cita. Esto ayudará a acelerar el proceso de registro.

1. **Formulario de información del paciente:** este documento incluye su información personal y la información del seguro para que podamos registrarlo en nuestro centro.
2. **Formulario de información médica:** este documento registra sus antecedentes médicos e información médica pertinentes; anote todos los medicamentos y suplementos que esté tomando en ese momento y cualquier alergia que pueda tener.
3. **Formulario de protección de la privacidad del paciente y en virtud de la ley HIPAA:** este documento explica nuestro cumplimiento con las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), y que nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* está disponible para su revisión (en línea y cuando se registre) y requerimos su reconocimiento de ciertas autorizaciones y consentimientos.
4. **Formulario de acuerdo de preferencias de comunicación y mensajes:** este documento le permite especificar la mejor manera para que CVR se comunique con usted al proporcionar métodos y/o ubicaciones alternativos.
5. **Formulario de consentimiento, asignación de beneficios y reconocimiento del paciente:** este documento cubre la obtención de su consentimiento para tratamiento, asignación de beneficios de seguro y pago, y le ofrece información sobre nuestro acuerdo general financiero para el paciente y política de no presentación/cancelación.
6. **Política comercial del centro:** este documento le ofrece información sobre la política financiera y comercial de CVR, y sus responsabilidades relacionadas con el pago y la posible necesidad de seguro o remisiones médicas.

Por último, y quizá lo más importante, cuando venga a su visita, asegúrese de traer los siguientes documentos ya que necesitamos copias de ellos para nuestros registros:

- **una identificación con fotografía, por ejemplo: licencia de conducir, identificación del estado, identificación militar, etc.;**
- **su(s) tarjeta(s) de seguro actual(es);**
- **la constancia de remisión de su médico de cabecera (si su plan de seguro así lo exige).**

Nota: *Su consulta inicial tomará aproximadamente dos horas, por lo que le solicitamos que la planifique de acuerdo con esto. Tome una cantidad abundante de líquido, vístase con ropa abrigada, y traiga pantalones cortos sueltos (si es posible) para facilitar los exámenes de las piernas.*

Esperamos verlo en nuestro consultorio pronto. Si tiene preguntas o necesita ayuda relacionada con la información proporcionada anteriormente, no dude en comunicarse con nosotros en cualquier momento llamando al 1-855-830-8346.

Su cita es el día: _____ @ _____

En nuestro consultorio de CVR en: _____

¡Que tenga un buen día! Esperamos recibirlo y ofrecerle nuestros servicios en un futuro muy próximo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: <i>Bienvenido a Center For Vein Restoration (Complete todos los campos)</i>			
NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO SEXO
DIRECCIÓN LOCAL		CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN SECUNDARIA/DE FACTURACIÓN: (si corresponde)		CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	
RAZA/ORIGEN ÉTNICO	IDIOMAS	TELÉFONO LABORAL	OCCUPACIÓN
NOMBRE DEL EMPLEADOR (<input type="checkbox"/> Retirado / <input type="checkbox"/> Discapacitado / <input type="checkbox"/> Ninguna)		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	
DERIVADO POR: <input type="checkbox"/> Sin derivación → <input type="checkbox"/> Médico (Complete ↓)		¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE CVR?	
DERIVACIÓN MÉDICA. NOMBRE Y ESPECIALIDAD:		DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN	TELÉFONO DEL CONTACTO PRINCIPAL	CORREO ELECTRÓNICO
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE: (Complete en caso de ser diferente a la información del paciente detallada anteriormente)			
NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO SEXO
DIRECCIÓN LOCAL		CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN SECUNDARIA/DE FACTURACIÓN: (si corresponde)		CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO LABORAL	RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO:	
SEGURO PRIMARIO			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA		N.º DE PÓLIZA	
TENEDOR DE LA PÓLIZA. NOMBRE DEL ASEGURADO:		N.º DE GRUPO	
¿EL SEGURO ES PROPORCIONADO POR EL EMPLEADOR? (Si la respuesta es sí, complete con el nombre y la dirección del empleador)		MONTO DEL COPAGO	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DEDUCIBLE
RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO:		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO
SEGURO SECUNDARIO (Si corresponde)			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA		N.º DE PÓLIZA	
TENEDOR DE LA PÓLIZA. NOMBRE DEL ASEGURADO:		N.º DE GRUPO	
¿EL SEGURO ES PROPORCIONADO POR EL EMPLEADOR? (Si la respuesta es sí, complete con el nombre y la dirección del empleador)		MONTO DEL COPAGO	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DEDUCIBLE
RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO:		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO

Asignación y divulgación: Certifico que la información proporcionada es correcta. Por el presente autorizo la asignación de beneficios de seguro para el asegurado pagaderos a Center for Vein Restoration (CVR) por los servicios prestados y a CVR a divulgar información médica para tratamientos, pagos y servicios médicos. Los pagos efectuados por los servicios que recibí de CVR pueden aplicarse a facturas por pagar de las que soy responsable, sujeto a coordinación de las reglas de beneficios. Confirmando que soy totalmente responsable por todos los servicios no cubiertos, copagos, coseguros y deducibles. Asimismo, acepto la responsabilidad de asumir los cargos por cobro, gastos judiciales y/u honorarios legales acumulados en caso de incumplimiento en el pago, y que se cobrará una tarifa de \$35.00 por cada cheque con fondos insuficientes devuelto.

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Inquietud/razón principal de la visita: _____

Fecha de aparición de los primeros síntomas (requerido por el seguro): _____

Síntomas: Describir _____

Antecedentes familiares: ¿Venas varicosas? No Sí (marque con un círculo una opción)
¿Otras afecciones cardíacas? _____**Medicamentos (incluir dosis)****Alergias (incluir reacción)**_____

Alergia al látex: No Sí

Medicamentos/suplementos de venta libre: _____

Aspirina a diario: No Sí

Antecedentes de sangrado/coágulos

Plavix: No Sí

Trombosis venosa profunda (TVP)/coágulo sanguíneo _____
Indicar cuándo _____

Coumadin: No Sí

Abortos espontáneos frecuentes: _____

Fumador: No Sí N.º de paquetes por día _____ Años _____ Fecha de abandono del hábito: _____

Uso de alcohol: No Sí Ocasionalmente Diariamente (marque con un círculo una opción)

Empleado: No Sí Jubilado Trabajo _____ Años _____

Cirugías previas: _____
_____Otras hospitalizaciones: _____

ÚNICAMENTE para el personal de CVR. Revisado por (iniciales):

Enfermero: _____ Médico: _____

¿Padece de...?

	NO	SÍ	Comentario		NO	SÍ	Comentario
Artritis				Asma			
Cáncer				Hipertensión			
Diabetes				Depresión/ansiedad			
Accidente cerebrovascular				Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)			
Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)				Otra			

Enfermedad cardíaca: Fibrilación auricular Arteriopatía coronaria
Prótesis endovasculares (Stents) _____

Antecedentes de infarto de miocardio/ataque cardíaco: Cuándo: _____ Otro: _____

¿Está embarazada? No Sí Hijos: _____ Edades: _____

Estatura: _____ Peso: _____

¿Cómo se enteró acerca de Center for Vein Restoration? (marque con un círculo una opción)

Médico Comercial de televisión Empleado Revista Por mí mismo
Familiar/amigo Radio Periódico

Otro: _____

Su médico remitente:

Nombre del médico Dirección Teléfono

Su médico de cabecera:

Nombre del médico Dirección Teléfono

Otros médicos que participan en su atención:

Nombre del médico Dirección Teléfono

Nombre del médico Dirección Teléfono

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

ÚNICAMENTE para el personal de CVR. Revisado por (iniciales): Enfermero: _____ Médico: _____



Formulario de protección de la privacidad del paciente y en virtud de la ley HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

En Center for Vein Restoration (CVR), mantener la privacidad de su información es fundamental. En apoyo del cumplimiento de CVR con las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), hemos establecido nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso")**. El Aviso describe las maneras en las que CVR puede usar y divulgar su información médica (denominada "información médica protegida" [Protected Health Information, "PHI"]) e informarle sobre sus derechos con respecto a la PHI en nuestro poder. CVR limita el uso y la divulgación de su PHI a la cantidad mínima necesaria. Cuando se requiera la divulgación de su PHI, nuestro personal solicitará su autorización por escrito antes de la divulgación y mantendrá un registro de todas las divulgaciones de PHI. *Se le puede proporcionar una copia del Aviso para que lo revise en cuando se registre y puede consultarlo en el sitio web de CVR.*

Para garantizar su comprensión de las Protecciones de la privacidad del paciente y en virtud de la ley HIPAA de CVR, revise los siguientes consentimientos y las autorizaciones, y confirme su reconocimiento mediante la colocación de su firma y la fecha donde se solicita. Muchas gracias.

Consentimiento para la divulgación de la información médica protegida:

En virtud de las reglamentaciones de privacidad, CVR usará su información médica protegida para llevar adelante tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto puede incluir compartir PHI con su(s) plan(es) de seguro médico y otros proveedores de atención médica que participan en su atención, así como también las personas que usted designe a continuación. Consulte nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" para obtener una descripción completa. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito al funcionario de privacidad, ubicado en: 7474 Greenway Center Drive, Suite 1000, Greenbelt, MD 20770.

Otorgo mi consentimiento y autorizo a Center for Vein Restoration a: (i) comunicarse con mis proveedores de atención médica para divulgar información relacionada con mi atención; y (ii) usar y divulgar mi PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Firma del paciente (tutor legal)

Fecha

Designación de otros cuidadores o un representante personal para divulgación de PHI:

Por el presente autorizo e indico que CVR puede divulgar mi información médica a otros cuidadores o representantes personales (designados a continuación) ya que dicha(s) persona(s) participan en mi atención médica o para el pago de mi atención. CVR divulgará, según su criterio profesional, la cantidad mínima de PHI necesaria relevante para su participación en su atención médica o solicitud. Solamente las personas identificadas a continuación estarán autorizadas a acceder a su PHI. *Si no desea designar a ninguna persona para que tenga acceso a su PHI además de usted, marque la casilla Nadie. → - NADIE*

<u>"Persona designada"</u> (nombre, en letra de imprenta)	<u>Relación con el paciente</u>	<u>N.º de teléfono/contacto</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Reconocimiento de revisión y/o recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del centro:

Reconozco que se me ofreció la oportunidad de revisar el **Aviso de Prácticas de Privacidad** del centro ("Aviso"), y si lo solicité, se me entregó una copia del *Aviso*. Comprendo que los términos del *Aviso de Prácticas* están sujetos a cambio y que puedo solicitar una copia actualizada del *Aviso* en cualquier momento al personal de CVR o comunicándome con el funcionario de privacidad a la dirección mencionada anteriormente o por correo electrónico a privacy.officer@centerforvein.com.

Firma del paciente (tutor legal)

Fecha

Personal de CVR: He hecho un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento del paciente por escrito del recibo del Aviso pero no fue posible debido a:	
<input type="checkbox"/> El paciente se negó a firmar	<input type="checkbox"/> El paciente no pudo firmar
<input type="checkbox"/> Otro:	Iniciales del empleado _____ Fecha: _____



Acuerdo de preferencias de comunicación y mensajes:

Solicitud del paciente para recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

La capacidad para comunicarnos con nuestros pacientes es importante para su atención médica. Además, las reglamentaciones en virtud de la HIPAA les otorgan a los pacientes el derecho de solicitar que los proveedores de atención médica se comuniquen con ellos a través de métodos alternativos de comunicación o ubicaciones. Para facilitar sus derechos y garantizar que podamos ponernos en contacto con usted para comunicar citas, tratamiento, facturación u otra información importante que pueda incluir su información médica protegida, complete este formulario para **definir sus preferencias de comunicación y mensajes.**

Marque con un círculo "Sí" o "No" como respuesta a las siguientes preguntas e incluya los números/la información solicitada según corresponda para hacernos saber la forma en que desea que CVR se comunique con usted.

Sí No 1. Puede llamar a mi número de teléfono particular (_____ - _____ - _____) y dejar un mensaje de voz.

Sí No 2. Puede dejar un mensaje con cualquier persona que responda la llamada en mi teléfono particular (_____ - _____ - _____).

Sí No 3. Puede dejar un mensaje de voz en mi teléfono móvil (_____ - _____ - _____).

Sí No 4. Puede enviarme un mensaje de texto al (_____ - _____ - _____).

Sí No 5. Puede dejar un mensaje de voz en mi correo de voz laboral (_____ - _____ - _____) Ext. _____ .

Sí No 6. Puede comunicarse conmigo a través de mi dirección de correo electrónico _____ .

Sí No 7. Dirija las comunicaciones escritas a mi domicilio particular (según se proporcionó). *Si la respuesta es No, defina la dirección a continuación:*

Dirección de ubicación alternativa: Otra residencia Trabajo Otro: _____

Otras indicaciones especiales de comunicación:

Por el presente libero y dejo a salvo a CVR, su personal o representantes, de cualquier responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de información según se autorizó anteriormente. Comprendo que es mi responsabilidad notificar a CVR por escrito sobre cualquier cambio en las preferencias que he indicado anteriormente. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y que el consentimiento permanecerá vigente a menos que de otro modo lo revoque por escrito.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

Firma del empleado de Center for Vein Restoration que recibe este formulario

Fecha

* Debe acompañar a este formulario una copia del poder notarial o de tutoría para decisiones de atención médica si está firmado por cualquier otra persona que no sea el paciente.



Formulario de consentimiento, asignación de beneficios y reconocimiento del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lea y reconozca los siguientes consentimientos, las asignaciones y las autorizaciones.

Consentimiento para diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico: Deseo ser evaluado y tratado por Center for Vein Restoration (CVR). Por el presente acepto y otorgo mi consentimiento a los proveedores/personal de CVR para solicitar, indicar y proporcionarme el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico que consideren apropiado para diagnosticar y/o tratar mi(s) afección(es) médica(s).

Asignación de beneficios de seguro y autorización para pagar beneficios de seguro: Autorizo a CVR a solicitar beneficios para servicios prestados a mi persona o al paciente bajo mis pólizas de seguro médico que proporcionan beneficios. Asigno y autorizo el pago de beneficios de mi(s) plan(es) de seguro a CVR y otorgo mi permiso para comunicarse con mi empleador o plan(es) de salud en relación con la información y cobertura de seguro de mis beneficios médicos.

Política de cancelación/no presentación: Para acomodar los horarios de la atención del paciente y proporcionar citas oportunas, nuestro centro cuenta con una política de cancelación/no presentación: Cualquier cita omitida o a la que no se presente para estudios de diagnóstico por imágenes, visitas o tratamientos que no se cancele 48 horas antes de la hora acordada puede tener un cargo de \$50.00. Nuestro consultorio reserva tiempo para su atención médica de buena fe; tenga la amabilidad de comunicarse con nuestro consultorio al menos 48 horas antes de la hora de su cita para cancelar o reprogramar una cita. Muchas gracias.

Política de pago y acuerdo financiero del paciente: Comprendo que CVR le facturará a mi(s) plan(es) de seguro médico por la atención que reciba. Acepto que los pagos de mi(s) plan(es) de salud vayan directamente a CVR. Comprendo que CVR puede facturarme directamente cuando: (1) yo elija recibir la atención que cubra mi plan médico pero no asegure remisión necesaria o una aprobación para la atención de mi plan médico; (2) yo elija no usar mi cobertura médica y acepte pagar la atención de mi propio bolsillo; (3) CVR no participe en mi plan médico y yo acepte pagar atención “fuera de la red”; o (4) yo reciba atención por servicio(s) o suministros que no están cubiertos por mi(s) plan(es) de salud. Acepto también pagar todo costo de recaudación relacionado con mi responsabilidad financiera.

Autorización para el uso de copias: Autorizo el uso de una copia de estas autorizaciones y asignaciones definidas con mi firma a continuación en lugar del documento original en todas las presentaciones de reclamaciones de seguro y para la divulgación de información médica protegida específica o de otro tipo, ya sea de forma manual, electrónica o telefónica.

Comprendo y acepto los consentimientos, las asignaciones y las autorizaciones anteriores: <i>(Firme y coloque la fecha a continuación)</i>	
_____	_____
Paciente/parte responsable	Fecha

“Firma en archivo” de por vida del beneficiario de Medicare: *(Se debe completar si el paciente tiene cobertura de Medicare)*

Solicito que el pago de los beneficios de Medicare autorizados se hagan a nombre de CVR por servicios prestados a mi persona por parte de proveedores de CVR. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mi persona a divulgar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) la información necesaria para determinar estos beneficios. Comprendo que mi firma a continuación solicita que el pago se haga y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de la información a cualquier otra compañía aseguradora. Para reclamaciones “asignadas”, CVR acepta la asignación definida de Medicare como la base de pago y yo seré responsable del pago del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos según la Explicación de Beneficios de Medicare.

_____	_____
Beneficiario de Medicare/representante autorizado	Fecha

CALIDAD DE VIDA CON INSUFICIENCIA VENOSA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Estimado Paciente:

Mucha gente se queja de dolores en las piernas. Nos gustaría averiguar con qué frecuencia lo afectan estos problemas en las piernas y en qué medida afectan la vida cotidiana de quienes los padecen.

A continuación, hay un listado de síntomas, sensaciones y tipos de malestares que puede tener o no y que pueden hacer difícil soportar la vida diaria en menor o mayor medida.

Por cada síntoma, sensación o malestar enumerado, **díganos si ha experimentado lo descrito en cada oración**. Si la respuesta es "sí", describa la "intensidad".

- Hay cinco opciones de respuesta (de 1 a 5); y la escala asciende de "1", que sería Ninguno/Nunca, al nivel máximo de "5", que sería Grave/Constante.
- Encierre en un **círculo** el número que describe su situación en relación con el síntoma o la sensación de malestar descrito.
 - ✓ **Encierre en un círculo "1"** si el malestar descrito no se aplica a usted.
 - ✓ **Encierre en un círculo 2, 3, 4 o 5** si usted siente el malestar descrito; seleccione el número que describe mejor la intensidad del malestar (de 2 a 5) sobre la base de la escala presentada.

En las últimas cuatro (4) semanas...

- 1) ¿Ha tenido algún **dolor** en los **tobillos** o las **piernas**? ¿Qué tan grave ha sido el dolor? Encierre en un círculo el número que se aplica a usted.

<i>Ningún Dolor</i>	<i>Dolor Leve</i>	<i>Dolor Moderado</i>	<i>Dolor Considerable</i>	<i>Dolor Grave</i>
1	2	3	4	5

- 2) ¿Cuántos inconvenientes ha tenido en el **trabajo** o con **sus actividades diarias habituales** debido a sus problemas en las piernas? Encierre en un círculo el número que se aplica a usted.

<i>Ningún Problema</i>	<i>Problemas Leves</i>	<i>Problemas Moderados</i>	<i>Problemas Considerables</i>	<i>Problemas Graves</i>
1	2	3	4	5

- 3) ¿Alguna vez ha **dormido mal** o su **sueño** ha sido **interrumpido** debido a sus problemas en las piernas? Si la respuesta es "sí", ¿con qué frecuencia? Encierre en un círculo el número que se aplica a usted.

<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Con Bastante Frecuencia</i>	<i>Con Mucha Frecuencia</i>	<i>Cada Noche</i>
1	2	3	4	5

Firma del Paciente

Fecha

CALIDAD DE VIDA CON INSUFICIENCIA VENOSA

Revise las afirmaciones siguientes y, para responder, encierre el número que corresponda a sus piernas.

En las últimas cuatro semanas, ¿cuántos problemas ha tenido para llevar a cabo las acciones y actividades enumeradas a continuación debido a sus problemas en las piernas?					
	¿Cuál es su Nivel de Problemas con las Piernas?				
<i>En cada una de las siguientes afirmaciones, encierre el número que se aplique a usted para indicar cuándo y cuántos problemas ha tenido.</i>	Ninguno	Leves	Moderados	Considerables	No Puedo Hacerlo
4) Estar de pie por mucho tiempo.	1	2	3	4	5
5) Subir varios escalones.	1	2	3	4	5
6) Agacharse/arrodillarse.	1	2	3	4	5
7) Caminar con paso rápido o distancias largas.	1	2	3	4	5
8) Viajar en automóvil, autobús o avión.	1	2	3	4	5
9) Hacer cosas en el hogar (por ejemplo, trabajar, hacer proyectos para la casa, llevar a sus hijos a distintos lugares, etc.).	1	2	3	4	5
10) Salir por la noche a una fiesta o un evento social.	1	2	3	4	5
11) Hacer un deporte, hacer esfuerzos.	1	2	3	4	5

Los problemas en las piernas también pueden afectar su ánimo. ¿Cuánto representan las siguientes afirmaciones lo que usted ha sentido en las últimas cuatro semanas?					
	¿Cuánto han Afectado estos Problemas su Ánimo/cómo se Siente?				
<i>En cada una de las siguientes afirmaciones, encierre el número que se aplica a usted para indicar cómo sus problemas en las piernas afectan su ánimo y cómo se siente.</i>	Nada	Leve-mente	Moderada-mente	Considerable-mente	No Puedo Hacerlo
12) Me sentí nervioso/tenso.	1	2	3	4	5
13) Me cansé rápido.	1	2	3	4	5
14) Sentí que soy una carga.	1	2	3	4	5
15) Siempre tuve que tener cuidado.	1	2	3	4	5
16) Me dio vergüenza mostrar las piernas.	1	2	3	4	5
17) Me irrité con facilidad.	1	2	3	4	5
18) Sentí que era un discapacitado.	1	2	3	4	5
19) Me costó empezar la mañana.	1	2	3	4	5
20) No tuve ganas de salir.	1	2	3	4	5

PUNTAJE TOTAL: _____

¡Gracias por Participar!

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Personal del CVR

Fecha