

\_\_\_\_\_ Schedule

\_\_\_\_\_ Do Not Schedule

## Are you at risk for PVD?

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Peripheral Vascular Disease (commonly known as PVD or PAD) is a common circulation problem in which the blood vessels carrying the blood to the legs or arms become narrowed or clogged. Please fill out this questionnaire to see if you have symptoms of Peripheral Vascular Disease.**

1. Do you experience pain in your legs when walking?       YES     NO
  
2. Location of the pain when walking     HIPS    BUTTOCKS    THIGHS    CALF    ARM
  
3. Does the pain subside or ease once you stop walking?       YES     NO
  
4. Estimate the time, after stopping exercise or walking, before pain goes away  
 Less than 1 minute    1 to 3 minutes    5 minutes    More than 5 minutes    Does not go away
  
5. Do you have Diabetes?       YES    NO
  
6. Do you have any painful sores or ulcers on your legs or feet that are not healing?       YES    NO
  
7. Have you ever had surgery to your arteries in your legs, balloon procedure in your legs, stent placed in your legs or any other artery other than your heart?       YES    NO
  
8. Have you had blockages in your coronary or heart arteries?       YES    NO
  - a. Have you had stents or bypass?       YES     NO
  
9. Do you have any risk factors listed below?  
 High Cholesterol    Current Smoker    Previous Smoker    High Blood Pressure  
 Kidney Problems    Stroke    Mini Stroke
  
10. Have you ever had a test on your legs (blood pressure cuffs on your ankles) sometimes called a PVR?  
 YES     NO
  
11. Have you ever had an arterial sonogram (also called arterial Doppler)?  
 YES     NO

If yes, when? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Schedule

\_\_\_\_\_ Do Not Schedule

## ¿Corre usted riesgo de tener enfermedad vascular periférica (EVP)?

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**La enfermedad vascular periférica (conocida como EVP o EAP) es una problema común de circulación en cual los vasos sanguíneos que llevan sangre a las piernas o los brazos se estrechan o se obstruyen. Complete este cuestionario para ver si usted tiene síntomas de la enfermedad vascular periférica.**

1. ¿Tiene dolor en sus piernas cuando se camina?       SÍ     NO
2. ¿Dónde está el dolor?       Caderas     Glúteos     Muslos     Pantorrillas     Brazos
3. ¿Desaparece o disminuye el dolor con el descanso o cuando deje de caminar?     SÍ     NO
4. ¿Cuánto dura el dolor después de parar de hacer ejercicio o caminar?  
 Menos de 1 minuto     1 a 3 minutos     5 minutos     Más de 5 minutos  
 No desaparece el dolor
5. ¿Tiene la diabetes?     SÍ     NO
6. ¿Tiene adoloridos o úlceras en sus piernas o pies que no están desapareciendo?  
 SÍ     NO
7. ¿Ha tenido alguna cirugía de las arterias en sus piernas, el procedimiento de la sinuplastia con balón o el "stent" intraluminal en las piernas o otra arteria aparte de una arteria coronaria?  
 SÍ     NO
8. ¿Ha tenido bloqueos en las arterias coronarias?       SÍ     NO
  - a. ¿Ha tenido un "stent" o derivación aortocoronaria?     SÍ     NO
9. ¿Tiene alguno de los siguientes factores de riesgo?  
 Colesterol alto     Fumador     Fumador anterior     Presión alta  
 Problemas renales     Derrame cerebral grave  
 Derrame cerebral leve o accidente isquémico transitorio (AIT)
10. ¿Ha tenido una prueba en sus piernas en la cual se toma la presión de sangre en sus tobillos, a veces llamado un "PVR"?       SÍ     NO
11. ¿Ha tenido un ultrasonido arterial (el "Doppler" arterial)?     SÍ     NO  
Si sí, ¿cuando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Schedule

\_\_\_\_\_ Do Not Schedule

# Are you at risk for CVI?

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Chronic Venous Insufficiency (commonly known as CVI or varicose veins) is a common circulation problem in which the valves in the veins in the legs (vessels carrying the blood back to the heart) arms become weakened and non-compliant. Please fill out this questionnaire to see if you have symptoms of Chronic Venous Insufficiency.**

1. Do you experience pain in your legs when walking?  YES  NO
2. Do you have noticeable distended veins: THIGHS  CALF  BEHIND KNEE  ANKLE  FOOT
3. Do you have varicose veins or spider veins:  YES  NO  
Location: \_\_\_\_\_
4. Do you have swelling in your legs?  YES  NO
5. Do you have swelling in the morning?  YES  NO
6. Do you have Diabetes?  YES  NO
7. Do you have any painful sores or ulcers on your legs or feet that are not healing?  YES  NO
8. Have you ever had surgery to your veins in your legs, vein removal for open heart surgery, vein stripping in your legs, or cosmetic vein repair?  YES  NO
9. Have you ever had a blood clot in your legs (DVT or Deep Vein Thrombosis):  YES  NO
10. Does your job or daily activity require standing for long periods of time:  YES  NO
11. Do you have any risk factors listed below?  
 High Cholesterol  Current Smoker  Previous Smoker  High Blood Pressure  
 Kidney Problems  Stroke  Mini Stroke
12. Have you ever had a test on your legs (blood pressure cuffs on your ankles) sometimes called a PVR?  
 YES  NO
13. Have you ever had a venous sonogram (also called venous Doppler)?  
 YES  NO

If yes, when? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Registrar  
\_\_\_\_\_ No

Registrar

## ¿Está en riesgo de CVI?

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**La insuficiencia venosa crónica (comúnmente conocida como venas varicosas o CVI) es un problema de circulación común en el que las válvulas de las venas de las piernas (vasos sanguíneos que transportan la sangre de vuelta al corazón) los brazos se debilitan y no conforme. Por favor, complete este cuestionario para ver si tiene síntomas de la insuficiencia venosa crónica.**

1. ¿Siente dolor en las piernas al caminar?  SÍ  NO
2. ¿Tiene distensión de las venas visibles?  
 Muslos  Pantorrilla  Detrás de la rodilla  Tobillo  Pie
3. ¿Tiene varices o arañas vasculares?  SÍ  NO  
Ubicación: \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene hinchazón en las piernas?  SÍ  NO
5. ¿Tiene hinchazón en la mañana?  SÍ  NO
6. ¿Tienes diabetes?  SÍ  NO
7. ¿Tiene alguna dolorosas llagas o úlceras en las piernas o los pies que no curan?  
 SÍ  NO
8. ¿Ha tenido una cirugía para las venas de las piernas, la eliminación de la vena para la cirugía a corazón abierto, la extirpación venosa en las piernas, o reparación cosmética de vena?  
 SÍ  No
9. ¿Usted ha tenido un coágulo de sangre en las piernas (trombosis venosa profunda o DVT):  
 SÍ  NO
10. ¿Su trabajo o actividad diaria requieren de pie durante largos períodos de tiempo?  SÍ  
 NO
11. ¿Usted tiene algún factor de riesgo listados a continuación?  
 Colesterol Alto  Actual Fumador  Ex Fumador  Alta presión sanguínea  Problemas de riñón  
 Accidente cerebrovascular  Mini-Accidente cerebrovascular
12. ¿Alguna vez ha tenido una en sus piernas (manguitos de presión arterial en los tobillos) a veces se llama un PVR?  SÍ  NO
13. ¿Alguna vez ha tenido una ecografía venosa (también llamado Doppler venoso)?  SÍ  
 NO