

¿Necesito un examen de CVI?

Insuficiencia venosa crónica (CVI) es un grave problema circulatorio en el que las venas de la pierna no puede bombear suficiente sangre de vuelta a su corazón. Afecta a más de 2,5 millones de estadounidenses, la mayoría de quien tienen mas de 40 años. Los síntomas de la CVI son varices, problemas de la piel, las piernas y la hinchazón del tobillo, apretado terneros, y que se sienten las piernas pesadas, cansados, inquietos, o dolorosos. Los factores que pueden aumentar el riesgo de CVI incluyen el embarazo, la obesidad, uso de tabaco, estar de pie o sentado durante largos períodos de tiempo y no hacer suficiente ejercicio. Las respuestas a estas preguntas determinarán si está en riesgo de CVI y si un examen vascular nos ayudará a evaluar su estado de salud vascular.

Nombre: _____

Fecha: _____

Círcula "Sí" o "No":

Test for Venous Disease

- | | | | |
|---|----|----|--------------------------|
| 1. ¿ Estan sus piernas hinchadas, dolorosas, rojas o caliente al tacto? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido un coágulo sanguíneo en una vena que causó la inflamación, dolor o irritación? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene ud. varices (venas que se agrandan o hinchada y levantado por encima de la superficie de la piel) en las piernas? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido ud. una trombosis venosa profunda (TVP) en el pasado y están experimentando dolor, hinchazón, los cambios en el color de la piel, celulitis, o no la curación de úlceras? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se sienten sus piernas pesadas, cansadas, dolorosas o inquietas? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Si ud. presiona por 10 segundos su pie, el tobillo o la pierna que están hinchados, deja un hoyuelo despues de liberarlos? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Si sus pies, tobillos o piernas están hinchados, a parece la piel estirada o brillante? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene ud. una úlcera en el lado interior de su tobillo? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |

Firma del paciente (Patient Signature): _____

Physician Signature: _____

Date : _____

Do I Need a Test for CVI?

Chronic Venous Insufficiency (CVI) is a serious circulatory problem in which the leg veins cannot pump enough blood back to your heart. It affects over 2.5 million Americans, most over the age of 40. Symptoms of CVI include varicose veins, skin problems, leg and ankle swelling, tight calves, and legs that feel heavy, tired, restless, or achy. Factors that can increase the risk of CVI include pregnancy, obesity, smoking, standing or sitting for long periods of time and not getting enough exercise. Answers to these questions will determine if you are at risk for CVI and if a vascular exam will help us better assess your vascular health status.

Name: _____

Date: _____

Circle "Yes" or "No":

Test for Venous Disease

- | | | | | |
|----|--|-----|----|--------------------------|
| 1. | Are your legs swollen, painful, red or warm to the touch? | Yes | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Have you had a blood clot in a vein that caused inflammation, pain or irritation? | Yes | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Do you have varicose veins (veins that are enlarged or swollen and raised above the surface of the skin) in the legs? | Yes | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Have you had a Deep Vein Thrombosis (DVT) in the past and are experiencing pain, swelling, changes in skin color, cellulites, or non-healing ulcers? | Yes | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Do your legs feel heavy, tired, restless or achy? | Yes | No | <input type="checkbox"/> |
| 6. | If you push on your swollen foot, ankle or leg for 10 seconds and release, does your fingerprint leave a dimple? | Yes | No | <input type="checkbox"/> |
| 7. | If your feet, ankles and legs are swollen, does the skin look stretched or shiny? | Yes | No | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Do you have an ulcer on the inside of your ankle? | Yes | No | <input type="checkbox"/> |

Patient Signature: _____

Physician Signature: _____

Date : _____