

¿Necesito un examen de PAD?

Enfermedad arterial periférica (peripheral arterial disease - PAD) es un grave problema circulatorio en los vasos sanguíneos que llevan la sangre a los brazos, las piernas, el cerebro y los riñones, en que estos vasos se convierten obstruidos o reducidos. Esta enfermedad afecta a más de 8 millones de estadounidenses. La mayoría de los afectados tienen más de 50 años. Esta enfermedad puede producir molestias en las piernas al caminar, la mala cicatrización de las llagas / úlceras, dificultad en controlar la presión arterial, o síntomas de ataque cerebral. Las personas con PAD están en riesgo de accidentes cerebrovasculares y ataques al corazón. Las respuestas a las siguientes preguntas determinarán si usted está en riesgo de PAD y si un examen vascular nos ayudará a evaluar su estado de salud vascular.

Nombre: _____

Fecha: _____

Círcula "Sí" o "No":

- | | Test for PAD | | |
|---|--------------|----|--------------------------|
| 1. ¿Tiene ud. molestias de pie, pantorrilla, nalgas, cadera o muslo (fatiga, hormigueo, calambres o dolor), cuando usted camina, que están aliviados cuando descansa? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene ud. dolor en reposo en la parte inferior de la(s) pierna(s) o de los pies? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene ud. dolor de pie o dedo del pie que perturba su sueño frecuentemente? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Están sus pies o dedos de los pies pálidos, descoloridos, o azulados? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene ud. heridas o úlceras en los pies o dedos de los pies que están lentas a sanar (8-12 semanas)? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Su médico alguna vez le ha dicho que usted tiene pulsos de pie disminuidos o ausentes? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha sufrido ud. una grave lesión en la(s) pierna(s) o en los pies? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene ud. una infección en la(s) pierna(s) o los pies que puede ser gangrenoso (tejidos de la piel negros)? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |

Firma del paciente (Patient Signature): _____

Physician Signature: _____

Date : _____