

Varices Cribado Y PAD Formulario de evaluación

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cribado de vena– Responde sí o no/ Qué pierna: Pierna derecha o Pierna izquierda?
Experimenta alguno de los siguientes en su pierna (s)?

- Adoloridos / Dolor Si No Leg: D I
- Pesadez Si No Leg: D I
- Varices Abultadas Si No Leg: D I
- Cansancio / Fatiga Si No Leg: D I
- Varices / Dolor en las piernas Si No Leg: D I
- Picazón / Ardiente Si No Leg: D I
- Hinchazón / Edema Si No Leg: D I
- Calambres / Palpitante Si No Leg: D I
- Piernas Inquietas Si No Leg: D I
- Heridas con cicatrizantes/
Úlceras Si No Leg: D I



PAD (Enfermedad de la arteria periférica) Revisión de los síntomas – Respuesta Si o No

1. Malestar, dolores, o Fatiga en las Pierna(s) al caminar? _____
2. Cambios en el color de la piel o dedos ennegrecidos? _____
3. Entumecimiento en los pies? _____



Uso de Officina solamente – No complete esta sección

LVN INITIAL _____

ORDER VENOUS REFLUX STUDY (VEIN)

ORDER ABI STUDY (ARTERIAL)

IF THERE ARE ANY QUESTIONS REGARDING THE TEST PLEASE DISCUSS WITH YOUR PHYSICIAN

PHYSICIAN COMMENTS: _____