



CUESTIONARIO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (PAD)

FECHA DE HOY:	MES:	AÑO:
PTE. PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO:
EDAD (AÑOS)	GÉNERO:	

Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a determinar si usted está en riesgo de PAD y si un examen vascular puede ayudar a evaluar mejor su estado de salud vascular.

1.	¿Experimenta algún dolor en las piernas o los pies mientras descansa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.	¿Tiene dolor incómodo, fatiga, hormigueo, calambres o dolor en los pies, las pantorrillas, las nalgas, la cadera o el muslo al caminar o hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3.	Si respondió Sí a la pregunta 2, ¿desaparece el dolor cuando deja de caminar/hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4.	¿Sus pies se ponen pálidos, descoloridos o azulados en algún momento? ¿Tiene una infección, una herida en la piel o una úlcera en la pierna o el pie que tarda en sanar en las últimas 8 a 12 semanas? ¿día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No
5.	¿Tiene colesterol alto u otros problemas de lípidos (grasas) en la sangre? o requiere medicamentos para el colesterol?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6.	¿Tiene presión arterial alta o toma medicamentos para reducir la presión sanguínea?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7.	¿Tienes diabetes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8.	¿Tiene antecedentes de enfermedad renal crónica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9.	¿Fuma actualmente o ha fumado alguna vez?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10.	¿Tiene antecedentes de accidente cerebrovascular o mini accidente cerebrovascular (ACV)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11.	¿Tiene antecedentes de enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, IM)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12.	¿Tiene antecedentes de estenosis carotídea, AAA (aorta abdominal aneurisma) y/o colocación de stent?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No