

## UVA Radiology Vein and Vascular Care

### Forma De Cribado Vascular

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Experimenta alguno de los siguientes?  |    |    |
| Dolor/dolor en las piernas (Pain)   | Si | No |
| Pesadez (Heaviness)   | Si | No |
| Cansancio/fatiga (Fatigue)  | Si | No |
| Picazón/ardor (Itching/burning)   | Si | No |
| Tobillos hinchados (Swollen ankles)   | Si | No |
| Calambres en las piernas (Leg cramps)   | Si | No |
| Piernas inquietas (Restless legs)   | Si | No |
| Palpitante (Throbbing)  | Si | No |
| Otro (Other) _____  |    |    |
| 2. ¿Han empeorado tus venas en los últimos meses?<br>(Have your veins gotten worse in recent months?)   | Si | No |
| 3. ¿Tiene problemas para caminar?<br>(Do you have trouble walking?)   | Si | No |
| En caso afirmativo, ¿cómo le afecta? _____<br>(If so, how does it affect you?)  |    |    |
| 4. ¿Se mantiene de pie por largos períodos de tiempo?<br>(Do you stand for long periods of time?)   | Si | No |
| 5. ¿Cómo afecta a tus piernas estar parado todo el día? _____<br>(How does it affect your legs to stand all day?)                             |    |    |
| 6. Se eleva las piernas para aliviar el malestar?<br>(Do you elevate your legs to relieve discomfort)   | Si | No |
| 7. ¿Llevas la manguera de apoyo prescrita por un médico?<br>(Do you wear support hose prescribed by a doctor?)                                | Si | No |
| 8. ¿Usas una manguera de soporte ligera (por ejemplo, Sheer Energy)?<br>(Do you wear a light support hose?)                                   | Si | No |
| Si es así, ¿proporcionan alivio?<br>(If so, do they provide relief?)  | Si | No |
| 9. ¿Ha tenido sus venas evaluado antes?<br>(Have you had your veins evaluated before?)  | Si | No |
| Si es así, ¿cuándo y dónde? _____<br>(If so, when and where?)   |    |    |
| 10. ¿Alguna vez ha tenido ninguna prueba que se realiza para evaluar sus venas?<br>(Have you ever had any tests done to evaluate your veins?) |    |    |
|   | Si | No |
| 11. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía para extirpar sus venas?<br>(Have you ever had surgery to remove your veins?)                           | Si | No |
| Si es así, ¿qué pierna y cuándo? _____<br>(If so, which leg and when?)  |    |    |

12. **¿Alguna vez te han inyectado las venas?** Si No  
 (Have you ever had your veins injected?)  
**Si es así, ¿cuándo y dónde? ¿Qué pierna?** \_\_\_\_\_  
 (If so, when and where? Which leg?)
13. **¿Alguien en su familia tiene venas varicosas, arañas vasculares, úlceras en las piernas o piernas hinchadas?** Si No  
 (Does anyone in your family have varicose vein, spider veins, leg ulcers, or swollen legs?)  
**Si es así, ¿quién?** \_\_\_\_\_  
 (If so, who?)
14. **¿Alguna vez has tenido un coágulo de sangre en la pierna?** Si No  
 (Have you ever had a blood clot in your leg?)  
**Si es así, ¿qué pierna y cuándo?** \_\_\_\_\_  
 (If so, which leg and when?)
15. **¿Alguna vez ha tenido flebitis (inflamación de su vena)?** Si No  
 (Have you ever had phlebitis- inflammation of your vein?)  
**Si es así, ¿cuándo y qué pierna?** \_\_\_\_\_  
 (If so, when and which leg?)
16. **¿Alguna vez has tenido dificultades para curar heridas en tus piernas?** Si No  
 (Have you ever had difficulty healing wounds on your legs?)