

¿DOLOR EN LA PIERNA?, ¿PODRIA SER REAL?

Nombre del Paciente: _____

Número para Contactarlo: _____

- 1.) ¿Esta usted por encima de los 50 años, tiene presión alta, Diabetes o Ha fumado alguna vez? ¿A tenido usted Enfermedad arterial periférica o Enfermedad de las arterias coronarias?
Si o No (Por favor circule una)
- 1.) ¿Esta usted por encima de los 65 años?
Si o No (Por favor circule una)
- 2.) ¿Ha notado algún cambio en su manera de caminar?
Si o No (Por favor circule una)
- 3.) ¿A usted se le inflaman o se le hinchan las piernas? ¿Se le cansan las piernas o le duelen al caminar y luego se mejoran al descansar?
Si o No (Por favor circule una)
- 4.) ¿Le duelen las piernas al descansar?
Si o No (Por favor circule una)
- 5.) ¿Tiene dolor, llagas o heridas que no sanan completamente en sus piernas, pies o dedos?
Si o No (Por favor circule una)
- 6.) ¿A notado un cambio de color en la piel de sus piernas? O ¿Se siente la piel fría alrededor de sus piernas?
Si o No (Por favor circule una)
- 7.) ¿Se despierta usted en la noche debido al dolor o incomodidad en las piernas?
Si o No (Por favor circule una)
- 8.) ¿Tiene pobre crecimiento de uñas o vello en las piernas?
Si o No (Por favor circule una)

Si respondió que “SI” a cualquiera de estas preguntas del cuestionario, por favor haga una cita con su médico primario o llámenos para una consulta.



Sachin Kumar Amruthlal Jain Cardiovascular P.C.

Sachin Jain M.D, FACC, RPVI

1624 Crosby Avenue, Bronx, NY - 10461

Office – (917)-942-8825
email – admin@jaincv.com

Fax – (917)-979- 8170
www.jaincv.com