

R Á P I D O



ROSTRO
CAÍDO



ALTERACIÓN
DEL
EQUILIBRIO



PÉRDIDA DE
FUERZA EN
UN BRAZO O
UNA PIERNA



IMPEDIMENTO
VISUAL



DIFICULTAD
PARA
HABLAR



¡OBTENGA
AYUDA RÁPIDO,
LLAME A
EMERGENCIAS!

© 2022 The University of Texas Health Science Center at Houston

SOSPECHA UN ATAQUE CEREBRAL? LLAME AL 9-1-1 INMEDIATAMENTE!

Conozca los síntomas de un ataque cerebral

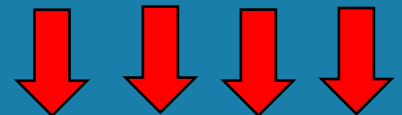
RAPIDO es una manera fácil de recordar los síntomas de un ataque cerebral.

Conociendo los síntomas le puede salvar su vida o la de un ser querido.

Factores de riesgo de ataque cerebral

- *Alta presión
- *Diabetes
- *Colesterol alto
- *Uso de tabaco
- *Obesidad
- *Inactividad
- *Arritmias cardiacas

Escanee con su telefono para informacion sobre estos y otros factores de riesgo



Prueba de Riesgo de un Ataque Cerebral (Stroke)

Instrucciones:

1. Por cada factor de riesgo, seleccione la casilla (riesgo alto o riesgo bajo) que le aplique. Solo seleccione una casilla por cada factor de riesgo.
2. Ponga un 1 en el espacio en blanco al lado de cada casilla marcada.
3. Suma el total de cada columna vertical.

Factores de Riesgo*	Riesgo Alto	Riesgo Bajo
¿Es su presión arterial más de 120/80 mm / Hg?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Ha sido diagnosticado con la fibrilación auricular?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Es su nivel de azúcar de sangre en ayunas más de 100 mg / dl?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Es su índice de masa corporal más de 25kg/m ² ?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Es su dieta alta en grasas saturadas, grasas trans, bebidas endulzadas, sal, y/o en exceso en calorías?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Es su nivel de colesterol total más de 180 mg / dl?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Ha sido diagnosticado con diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Tiene antecedentes familiares de ataque cerebral (stroke)?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____	<input type="checkbox"/> No _____
¿Participa en 40 minutos de actividad física moderada a vigorosa 3-4 días a la semana?	<input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si o Desconocido _____
PUNTUACIÓN TOTAL (suma los puntos de cada columna)	_____	_____