

RÁPIDO

**SOSPECHA
UN ATAQUE
CEREBRAL?**

Llame al 9-1-1
RAPIDO!



**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

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)	_____	_____

SOSPECHA UN ATAQUE CEREBRAL?

Llame al 9-1-1
RAPIDO!

