

## ANEXO I: Encuesta

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

País de residencia: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nivel Educativo:

- Primario incompleto / completo
- Secundario incompleto / completo
- Terciario completo / incompleto
- Universitario incompleto / completo

1. Con qué síntomas se puede presentar un Accidente Cerebrovascular (Marque con una cruz la/las opciones correctas)

Debilidad / Asimetría facial	
Dolor lumbar	
Dificultad / debilidad para levantar un brazo	
Desmayo	
Vómitos	

Dificultad para orinar	
Palpitaciones	
Dificultad para hablar	
Disminución súbita de visión de un ojo	
Dificultad / debilidad para levantar una pierna	

2. Si se presenta algún síntoma que sugiera un Accidente Cerebrovascular, ¿qué conducta tomaría? Marque con un círculo la respuesta que considere correcta.

- Saco turno con médico de cabecera.
- Llamo al 911 para recibir atención médica inmediata.
- Espero 1 hora para ver si mejora.
- Me acuesto a dormir para ver si mejora.

3. Mientras espera, ¿tomaría alguna medicación? Marque sólo una respuesta.

- Me tomo la presión, si esta elevada tomo medicación para bajar la presión.
- Me tomo una aspirina.
- No tomo nada hasta que me vea un médico.
- Como algo salado.