


**ENTREVISTA SOBRE LOS SÍNTOMAS  
DE LA EMBOLIA CEREBRAL/ TIA**

(siglas en inglés de ataque isquémico transitorio)

**Introducción:** Usted nos dijo que tuvo una embolia, o un pequeño derrame cerebral o un ataque isquémico transitorio, también conocido como TIA, por sus siglas en Inglés. Estamos interesados en posibles síntomas de embolia o TIA que pudo haber tenido relacionados con este episodio. Es posible que haya tenido un episodio o más durante esta experiencia. Le pedimos que responda con respecto al episodio en el que el Doctor le diagnosticó una embolia o un TIA, o sino con respecto al peor de los episodios. (NOTA, si el participante pregunta, el significado de "el peor" se puede definir en términos de gravedad, intensidad o presencia de otros síntomas).

**Pérdida repentina del habla o cambio en el habla**

1. Cuando tuvo su episodio, ¿Tuvo alguna pérdida repentina del habla o cambios en el habla?  
 Sí       No  
*En caso negativo, pase a la Pregunta 12.*
2. ¿Este cambio o pérdida del habla le duró al menos 24 horas?  
 Sí       No
3. ¿El cambio o pérdida ocurrió repentinamente?  
 Sí       No
4. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones describe su cambio o pérdida en el habla? *(Lea las respuestas).*

	Sí	No
Dificultad con la pronunciación como si estuviese borracho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podía hablar pero le salían palabras equivocadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabía lo que quería decir, pero no podía encontrar las palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No podía pensar en las palabras correctas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Síntomas durante los Trastornos Con el Habla**

Mientras estaba padeciendo este cambio en el habla, ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas? (Marque "sí" en todas las que correspondan.)

- 5a. ¿Adormecimiento o sensación de hormigueo?  
 Sí       No  
*En caso negativo, pase a la Pregunta 6a.*
- b. Esto le sucedió en : *(Lea las respuestas)*
  - El lado derecho solamente
  - El lado izquierdo solamente
  - Ambos lados

- 6a. ¿Parálisis o debilidad?  
 Sí       No  
*En caso negativo, pase a la Pregunta 7.*
- b. Esto le sucedió en : *(Lea las respuestas)*
  - El lado derecho
  - El lado izquierdo
  - Ambos lados
7. ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?  
 Sí       No
8. ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?  
 Sí       No
9. ¿Ataques o convulsiones?  
 Sí       No
10. ¿Dolor de cabeza?  
 Sí       No
- 11a. ¿Pérdida de la visión o visión borrosa?  
 Sí       No  
*En caso negativo, pase a la Pregunta 12.*
- b. Durante esta pérdida de la visión o visión borrosa, tuvo alguno de los siguiente síntomas: *(Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa)*
  - Visión doble *(En caso afirmativo, asegúrese de que el participante vio dos objetos lado a lado o uno encima del otro. De no ser así no marque este círculo)*
  - Pérdida de visión en el ojo derecho solamente
  - Pérdida de visión en el ojo izquierdo solamente
  - Pérdida de visión total en ambos ojos
  - Problemas con ambos ojos al mirar hacia la derecha
  - Problemas con ambos ojos al mirar hacia la izquierda
  - Problemas con ambos ojos al mirar hacia ambos lados o hacia adelante
  - Ninguno de los anteriores

### Pérdida repentina de la Visión

12. Cuando tuvo su episodio, ¿sufrió una pérdida repentina de la visión o desarrolló visión borrosa completa o parcial repentinamente?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 24.*

13. ¿Los síntomas visuales le duraron al menos 24 horas?

- Sí  No

14. ¿Estos síntomas visuales comenzaron repentinamente?

- Sí  No

15a. Durante el episodio, ¿Cuáles de las siguientes partes de su visión se vieron afectadas? (Lea las respuestas.)

- Sólo el ojo derecho  
 Sólo el ojo izquierdo  
 Ambos ojos

*Si sólo el ojo derecho o el ojo izquierdo, pase a la Pregunta 16a.*

b. Tuvo: (Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa)

- Problemas para mirar hacia la derecha pero no hacia la izquierda  
 Problemas para mirar hacia la izquierda pero no hacia la derecha  
 Problemas para mirar hacia ambos lados o hacia enfrente  
 Otro:   
 Ninguno de lo anterior

### Síntomas durante la Pérdida Repentina de la Visión

Mientras estaba padeciendo esta pérdida de visión, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas?: (Marque "sí" en cada uno de los síntomas que correspondan).

16. ¿Problemas con el habla?

- Sí  No

17a. ¿Adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 18a.*

b. Esto le sucedió en: (Lea las respuestas)

- El lado derecho solamente  
 El lado izquierdo solamente  
 Ambos lados

18a. ¿Parálisis o debilidad?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 19.*

b. Esto le sucedió en: (Lea las respuestas)

- El lado derecho solamente  
 El lado izquierdo solamente  
 Ambos lados

19. ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?

- Sí  No

20. ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí  No

21. ¿Ataques o convulsiones?

- Sí  No

22. ¿Dolor de cabeza?

- Sí  No

23. ¿Vió destellos de luces?

- Sí  No

### Visión Doble Repentina

24. Cuando tuvo su episodio, ¿Tuvo un ataque repentino de visión doble, es decir, vio dos objetos lado a lado o uno encima del otro?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 35.*

25. ¿La visión doble le duró al menos 24 horas ?

- Sí  No

26. Si cerraba un ojo, ¿desaparecía la visión doble?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 35.*

27. ¿La visión doble le vino repentinamente?

- Sí  No

### Síntomas durante la Visión Doble

Mientras tenía visión doble, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas?: (Marque "sí" en todos los síntomas que correspondan)

28. ¿Problemas con el habla?

- Sí  No

**29a.** ¿Adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 30a*

**b.** Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente  
 El lado izquierdo solamente  
 Ambos lados

**30a.** ¿Parálisis o debilidad?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 31*

**b.** Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente  
 El lado izquierdo solamente  
 Ambos lados

**31.** ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?

- Sí  No

**32.** ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí  No

**33.** ¿Ataques o convulsiones?

- Sí  No

**34.** ¿Dolor de cabeza?

- Sí  No

#### **Sensación repentina de adormecimiento u Hormigueo**

**35.** Cuando tuvo su episodio, ¿desarrolló repentinamente adormecimiento o sensación de hormigueo o pérdida de sensación en un lado del cuerpo, incluyendo la cara, el brazo o la pierna?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 49*

**36.** ¿Los síntomas de adormecimiento o sensación de hormigueo le duraron al menos 24 horas?

- Sí  No

**37.** ¿La sensación de hormigueo o adormecimiento le ocurría solamente cuando mantenía los brazos o piernas en una posición determinada?

- Sí  No

*En caso afirmativo, pase a la Pregunta 49*

**38.** ¿Esta sensación le vino repentinamente?

- Sí  No

#### **Síntomas durante el Adormecimiento o Sensación de Hormigueo Repentina**

**39.** Durante el adormecimiento o sensación de hormigueo, ¿Qué partes del cuerpo se le afectaron? (*Lea las respuestas*)

	Sí	No
Brazo o mano izquierda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna o pie izquierdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lado izquierdo de la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brazo o mano derecha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna o pie derecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lado derecho de la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**40.** Esta sensación de adormecimiento o de hormigueo, comenzó en una parte del cuerpo y se extendió a otra o se mantuvo en la misma parte?

- En una parte y se extendió a otra  
 Se mantuvo en una parte

Mientras tenía este adormecimiento, hormigueo o pérdida de sensación, ¿tuvo lugar alguno los siguientes síntomas?

**41.** ¿Problemas con el habla?

- Sí  No

**42a.** ¿Parálisis o debilidad?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 43.*

**b.** Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)

- El lado derecho solamente  
 El lado izquierdo solamente  
 Ambos lados

**43.** ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?

- Sí  No

**44.** ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí  No

**45.** ¿Ataques o convulsiones?

- Sí  No

**46.** ¿Dolor de cabeza?

- Sí  No

**47.** ¿Dolor en el brazo, la pierna o la cara donde tiene adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí  No

**48a.** ¿Pérdida de la visión o visión borrosa?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 49.*

**b.** Durante el episodio de pérdida de la visión o visión borrosa, ¿tuvo? : *(Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa)*

- Visión doble (Asegúrese de que el participante vio dos objetos lado a lado o uno encima del otro. De no ser así pase a los siguientes círculos)
- Pérdida de visión en el ojo derecho solamente
- Pérdida de visión en el ojo izquierdo solamente
- Pérdida de visión total en ambos ojos
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la derecha
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la izquierda
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia ambos lados o hacia adelante
- Ninguno de los anteriores

**Parálisis o debilidad repentina**

**49.** Cuando tuvo su episodio, ¿tuvo una sensación repentina de parálisis o debilidad en una parte del cuerpo, incluyendo la cara, los brazos o las piernas?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 62.*

**50.** ¿Los síntomas de parálisis o debilidad le duraron al menos 24 horas?

- Sí  No

**51.** ¿Los síntomas de parálisis o debilidad ocurrieron repentinamente?

- Sí  No

**52.** Durante el episodio de parálisis o debilidad ¿Qué partes del cuerpo se le afectaron? *(Lea las respuestas)*

	Sí	No
Brazo o mano izquierda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna o pie izquierdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lado izquierdo de la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brazo o mano derecha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pierna o pie derecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lado derecho de la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**53.** Durante este episodio de parálisis o debilidad, ¿La parálisis o debilidad comenzó en una parte del cuerpo y se extendió a otra o se mantuvo en el mismo lugar?

- En una parte y se extendió a otra
- Se mantuvo en una parte

Mientras tenía esta parálisis o debilidad, ¿Tuvo lugar alguno de los siguientes síntomas? *(Marque "sí" en todas las que correspondan)*

**54.** ¿Problemas con el habla?

- Sí  No

**55a.** ¿ Adormecimiento o sensación de hormigueo?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 56.*

**b.** Esto le sucedió en: *(Lea las respuestas)*

- El lado derecho solamente
- El lado izquierdo solamente
- Ambos lados

**56.** ¿Sensación de desvanecimiento, mareo o pérdida del equilibrio?

- Sí  No

**57.** ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

- Sí  No

**58.** ¿Ataques o convulsiones?

- Sí  No

**59.** ¿Dolor de cabeza?

- Sí  No

**60.** ¿Dolor en el brazo, la pierna o la parte de la cara que tenía débil?

- Sí  No

**61a.** ¿Pérdida de la visión o visión borrosa?

- Sí  No

*En caso negativo, pase a la Pregunta 62.*

**b.** Durante este episodio de parálisis o debilidad, ¿Tuvo?: *(Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa)*

- Visión doble (Asegúrese de que el participante vio dos objetos lado a lado o uno encima del otro. De no ser así no marque este círculo)
- Pérdida de visión en el ojo derecho solamente
- Pérdida de visión en el ojo izquierdo solamente
- Pérdida de visión total en ambos ojos
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la derecha
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la izquierda
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia ambos lados o hacia adelante
- Ninguno de los anteriores

**Mareo o Pérdida del Equilibrio**

- 62.** Cuando tuvo su episodio, ¿Tuvo sensaciones repentinas de mareo, pérdida del equilibrio o de que la cabeza le daba vueltas?
- Sí  No  
*En caso negativo, pase al Final.*
- 63.** ¿Los síntomas de mareo o pérdida del equilibrio le duraron al menos 24 horas?
- Sí  No
- 64.** ¿La sensación de mareo, pérdida del equilibrio o de que la cabeza le daba vueltas le venía sólo cuando cambiaba la posición de la cabeza?
- Sí  No  
*En caso afirmativo, pase al Final.*
- 65.** ¿La sensación de mareo, pérdida del equilibrio o de que la cabeza le daba vueltas le vino repentinamente?
- Sí  No

**Síntomas durante el Mareo, o la Pérdida del Equilibrio**

Mientras estaba padeciendo de mareo, pérdida del equilibrio o sensación de que la cabeza le daba vueltas, ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas? (*Marque "sí" en todas las que correspondan*).

- 66.** ¿Problemas con el habla?
- Sí  No
- 67a.** ¿Parálisis o debilidad?
- Sí  No  
*En caso negativo, pase a la Pregunta 68a.*
- b.** Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)
- El lado derecho solamente  
 El lado izquierdo solamente  
 Ambos lados
- 68a.** ¿ Adormecimiento o sensación de hormigueo?
- Sí  No  
*En caso negativo, pase a la Pregunta 69.*
- b.** Esto le sucedió en: (*Lea las respuestas*)
- El lado derecho solamente  
 El lado izquierdo solamente  
 Ambos lados

- 69.** ¿Pérdida del conocimiento o desmayo?

Sí  No

- 70.** ¿Ataques o convulsiones?

Sí  No

- 71.** ¿Dolor de cabeza?

Sí  No

- 72a.** ¿Pérdida de visión o visión borrosa?

Sí  No

*En caso negativo, pase al Final.*

- b.** Durante este episodio de pérdida de visión o visión borrosa, ¿Tuvo?: (*Lea las respuestas hasta obtener una respuesta afirmativa*)
- Visión doble (Asegúrese de que el participante vió dos objetos lado a lado o uno encima del otro. De no ser así no marque este círculo)
- Pérdida de visión en el ojo derecho solamente
- Pérdida de visión en el ojo izquierdo solamente
- Pérdida de visión total en ambos ojos
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la derecha
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia la izquierda
- Problemas con ambos ojos al mirar hacia ambos lados o hacia adelante
- Ninguno de los anteriores

**Final:**

Muchas gracias por tomarse el tiempo de hablar con nosotros. Por favor recuerde ponerse en contacto con nosotros en caso de que en el futuro hubiese algún cambio en su estado de salud.

*Entrevistador: continúe en la página 6, complete la pregunta sobre fiabilidad, anote cualquier comentario importante, y registre la fecha y el ID.*

**Reliability**

73. What is your rating of the interview's reliability?

- Good
- Fair
- Poor

**Notes**

--

Notes in box are saved in MESA database. Notes on lines below are for Field Center paper copy use only.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***For Administrative Use Only:***

Interview Administered to:

- Participant
- Proxy (if participant is unable)

Interviewer ID: 

--	--	--

Data Entry ID: 

--	--	--

Date: 

--	--

 / 

--	--

 / 

--	--	--	--

  
Month      Day      Year