



## Preguntas de Selección

Checklist para evaluar los factores de riesgo clínico de su paciente:

- |                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado con FA?                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |
| 2. ¿Tiene apnea obstructiva del sueño?                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |
| 3. ¿Tiene la presión arterial alta o toma medicamentos para tratar la hipertensión?                                                                                                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |
| 4. ¿Tiene diabetes o toma medicamentos para mantener el azúcar en la sangre bajo control?                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |
| 5. ¿Su médico lo ha tratado alguna vez por hipertiroidismo?                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |
| 6. ¿Ha tenido un ataque cardíaco, una cirugía en el pecho u otras afecciones cardiovasculares?                                                                                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |
| 7. Es posible que su proveedor de atención médica haya utilizado los términos infarto de miocardio, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad de las arterias periféricas o cirugía cardiotorácica para describir estas afecciones. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |
| 8. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene una enfermedad valvular cardíaca o que le han reparado o reemplazado una válvula cardíaca?                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |
| 9. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado insuficiencia cardíaca?                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                             | SI                    | NO                    |

Para MÁS INFORMACIÓN sobre la Fibrilación Auricular,  
acceda: [MIARRITMIA.COM](https://www.miarritmia.com)