



**American
Stroke
Association.**
*A division of the
American Heart Association.*

Premios al Héroe de Ataque o Derrame Cerebral 2025

Preguntas de nominación al Héroe de equidad

El Premio Héroe de equidad honra a una persona que promueve el objetivo de la equidad en la salud en su trabajo con personas con riesgo de derrame cerebral, sobrevivientes de ataques o derrames cerebrales y cuidadores de personas con ataque o derrame cerebral para garantizar que todos tengan la oportunidad de estar lo más sanos posible.

1. Información de contacto de la persona que envía la nominación:
 - Nombre y apellido
 - Número de teléfono
 - Dirección de correo electrónico
 - Ciudad
 - Estado

2. Información de contacto del nominado a Héroe de equidad:
 - Nombre y apellido
 - Nombre del padre o tutor legal (para candidatos menores de 18 años)
 - Número de teléfono
 - Dirección de correo electrónico
 - Ciudad
 - Estado

3. Información del candidato:
 - Edad
 - Menos de 18 años
 - Entre 18 y 50 años
 - 51 o más años
 - Prefiero no contestar/no sé
 - Género
 - Mujer
 - Hombre
 - Transgénero femenino
 - Transgénero masculino
 - No binario
 - Prefiero no contestar
 - Otro: _____

- Raza
 - Indio americano o nativo de Alaska
 - Asiático
 - Negro o afroamericano
 - Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
 - Blanco
 - Prefiero no contestar
 - Otro: _____
 - Etnia
 - Hispano o latino
 - Ni hispano ni latino
 - Prefiero no contestar
4. ¿Por qué esta persona debe ganar el premio al Héroe de equidad? (límite de 75 palabras)
 5. Describe cómo esta persona promueve la equidad, minimiza las disparidades y garantiza la inclusión entre aquellos que corren riesgo de sufrir un derrame cerebral, sobrevivientes de ataques o derrames cerebrales y cuidadores de personas que sufrieron un derrame cerebral. (límite de 250 palabras)
 6. No dudes en compartir un poco más acerca de los esfuerzos y las motivaciones de la persona en priorizar la equidad en salud relacionada con el derrame cerebral. (límite de 500 palabras) *opcional*
 7. Vínculo para el material de apoyo. *opcional*
 8. Vínculo para el material de apoyo. *opcional*
 9. Esta nominación es: (seleccione una opción)
 - Una autonominación.
 - Para otra persona. El candidato está enterado de su nominación a este premio y acepta ser nominado.
 10. Al enviar esta nominación, acepto las [reglas del concurso Premios al Héroe de Ataque o Derrame Cerebral](#).
 - Estoy de acuerdo

Todas las preguntas son obligatorias, a menos que se indiquen como opcionales.