

Cuestionario de Evaluación del Sueño

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Altura: _____ Peso: _____ BMI: _____ Presión Arterial: _____ Cuello (pulg): _____

EL PACIENTE DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Question	Sí	No
¿Ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede permanecer despierto durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se despierta con dolor de cabeza por la mañana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se despierta en medio de la noche sin poder respirar o jadeando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene episodios repentinos de pérdida de control muscular, especialmente en situaciones emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus piernas se sacuden por la noche o se sienten inquietas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se siente incapaz de moverse cuando se queda dormido o se despierta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha aumentado mucho de peso en poco tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para permanecer dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguien ha visto que dejó de respirar mientras dormía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se despierta frecuentemente con: (marque todas las que correspondan)

- Boca seca
 Dolor de garganta
 Dolor de cabeza
 Acidez
 Ninguna

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

¿QUÉ PROBABILIDAD TIENE DE QUEDARSE DORMIDO EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

0 = Nunca • 1 = Leve • 2 = Moderada • 3 = Alta

Situation	0	1	2	3
Sentado leyendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirando televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado, inactivo, en un lugar público (teatro o reunión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como pasajero en un auto por una hora sin descanso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado a descansar por la tarde cuando es posible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado hablando con alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado tranquilamente después del almuerzo sin alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En un auto, detenido por algunos minutos en el tráfico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EL MÉDICO DEBE COMPLETAR ESTA PARTE (marque UNA y firme/fecha):

- Si el paciente cumple criterios del plan de salud, proceda con prueba de sueño en casa (HST) si no hay contraindicaciones.
 Proceda directamente a un estudio en laboratorio de noche dividida (PSG) — los criterios deben cumplirse.

Firma del médico

Nombre impreso

Fecha