

Formulario de Evaluación del Dueño

Nombre de Paciente: _____

Apellido

Nombre

Inicial

Estatura: _____

Peso: _____

Nuestra oficina examina para la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS). Por favor responda a las siguientes preguntas :

Marque cualquiera de las siguientes condiciones que puede tener:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza en la Mañana | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Urinación Frecuente en la Noche | <input type="checkbox"/> TDA / TDAH | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Sobrepeso | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Insuficiencia de Riñón | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> ERGE |
| <input type="checkbox"/> Rechinar de los Dientes (Bruxismo) | <input type="checkbox"/> Piernas Inquietas (SPI) | <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Testosterona Baja |

Por favor, marque Sí o No a las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Roncas o te han dicho que roncas? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿A menudo se siente cansado, fatigado o soñoliento durante el día? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Alguien te ha observado dejar de respirar o jadear por el aire durante el sueño? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene o está en tratamiento para presión alta de sangre? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

Si respondió "Sí" a dos o más de las preguntas previas, qué tan frecuentemente se queda dormido (durante el día) usted:

¿Sentado leyendo?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Solo algunas veces | <input type="checkbox"/> 2 Muchas veces | <input type="checkbox"/> 3 Casi siempre |
|----------------------------------|---|---|---|

¿Viendo la televisión?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Solo algunas veces | <input type="checkbox"/> 2 Muchas veces | <input type="checkbox"/> 3 Casi siempre |
|----------------------------------|---|---|---|

¿Inactivo en un lugar público?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Solo algunas veces | <input type="checkbox"/> 2 Muchas veces | <input type="checkbox"/> 3 Casi siempre |
|----------------------------------|---|---|---|

¿Como pasajero en un viaje de una hora (o más) sin paradas?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Solo algunas veces | <input type="checkbox"/> 2 Muchas veces | <input type="checkbox"/> 3 Casi siempre |
|----------------------------------|---|---|---|

¿Acostado descansado por la tarde?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Solo algunas veces | <input type="checkbox"/> 2 Muchas veces | <input type="checkbox"/> 3 Casi siempre |
|----------------------------------|---|---|---|

¿Sentado platicando con alguien?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Solo algunas veces | <input type="checkbox"/> 2 Muchas veces | <input type="checkbox"/> 3 Casi siempre |
|----------------------------------|---|---|---|

¿Sentado tranquilamente después de comer, sin haber tomado bebidas alcohólicas?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Solo algunas veces | <input type="checkbox"/> 2 Muchas veces | <input type="checkbox"/> 3 Casi siempre |
|----------------------------------|---|---|---|

¿Viajando en un transporte detenido en el tráfico?

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca | <input type="checkbox"/> 1 Solo algunas veces | <input type="checkbox"/> 2 Muchas veces | <input type="checkbox"/> 3 Casi siempre |
|----------------------------------|---|---|---|

¿Te han diagnosticado alguna vez con apnea del sueño? Sí No

¿Está usando actualmente CPAP (o cualquier otro aparato de apnea / ronquido)? Sí No

¿Está tomando algunas pastillas para dormir (prescritos u sin receta)? Sí No

¿Está tomando algún medicamento prescrito para dolor? Sí No

SOLO PARA USO DE OFICINA:

Total Epworth Sleepiness Score: _____