



Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. Usted **ronca** alto (tan alto suficientemente fuerte para ser escuchado a través de la puerta)?
_____ Si _____ No

2. Usted se siente **cansado, fatigado** o con **sueno** constantemente durante el día? _____ Si
_____ No

3. Alguien ha observado que usted deja de respirar mientras duerme? _____ Si _____ No

4. Tiene o esta recibiendo tratamiento para la presión arterial alta? _____ Si _____ No

5. **BMI** mas de 35? _____ Si _____ No

6. Es usted **mayor** de 50? _____ Si _____ No

7. **Circunferencia del cuello** >15.75 pulgadas? _____ Si _____ No

8. **Genero** masculino? _____ Si _____ No

Firma

Fecha



Escala de Somnolencia por Epworth

Que probabilidad hay de que se duerma usted o se quede dormido en las siguientes situaciones, en contraste con solo sentirse cansado?

This refers to your usual way of life in recent times.

Incluso si no se ha hecho alguna de estas cosas recientemente, trate de determinar cómo le hubiera afectado

Utilice la siguiente tabla para elegir el número más adecuado para su situación:

0 = Ninguna posibilidad de dormir

1 = Poca posibilidad de dormir

2 = Moderadamente posibilidad de dormir

3 = Alta posibilidad de dormir

SITUACION	PROBABILIDAD DE DORMITAR
Sentarse y leer	
Viendo la Televisión	
Sentarse, inactivo en un lugar público (por ej., un teatro o una reunión)	
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin un descanso	
Acostado a descansar en la tarde, cuando las circunstancias lo permitan	
Sentado y hablando con alguien	
Sentado después del almuerzo sin alcohol	
En un automóvil, mientras que se detuvo durante unos minutos en el tránsito	

GRACIAS POR SU COOPERACION