

CUESTIONARIO DE SALUD AL DORMIR



M F

Nombre Sexo Fecha de Nacimiento

Dirección, Ciudad, Estado, Zip Peso Estatura Tamaño de Cuello

Número De Teléfono Número Alternativo Email

Nombre de Seguro Medico ID# Número de Grupo#

Sección 1 - Escala de dormir para el paciente:

Paso 1: Responda "Si" o "No" a las siguientes preguntas: (círcule "si" o "no") Y si contesta "si" también circule el numero corespondiente en la columna al lado derecho.

Paso 2: Sume los numeros que circulo en la columna derecha y apunte su puntaje en el espacio de abajo.

Alguna vez le han dicho que deja de respirar mientras duerme?	Sí	No	8
Alguna vez ha cabezeado o se ha dormido mientras maneja?	Sí	No	6
Alguna vez ha despertado corto/de respiración, queriendo agarrar aire, ó con su corazón acelerado?	Sí	No	6
Se siente con demasiado sueño durante el día?	Sí	No	4
Ronca ó alguna vez le han dicho que ronca?	Sí	No	4
Ha aumentado peso y se le ha hecho difícil perderlo?	Sí	No	2
Ha sido alguna vez diagnosticado/a con alta presión sanguínea?	Sí	No	2
Patea ó sacude sus piernas mientras duerme?	Sí	No	3
Siente sensación caliente, cosquilleo, ó sensación de lentitud en las piernas cuando despierta?	Sí	No	3
Despierta con dolor de cabeza durante la noche ó en la mañana?	Sí	No	3
Tiene dificultad para domirse?	Sí	No	4
Tiene dificultad de permanecer dormido cuando ya se ha quedado dormido?	Sí	No	4
Puntaje y Nivel de Riesgo - A la derecha sume total de puntos que marco con "S". Y circule el nivel de riesgo (abajo).	Puntuación Total =		

Nivel de Riesgo	Bajo	Moderado	Alto	Severo
Puntaje	0-7	8-11	12-15	16+

Sección 2 - Síntomas y Signos (Marque los que apliquen):

- Hipertensión
 Roncar
 Diabetes
 Depresión
 Rechinar los dientes
 Reflujo
 Ataque al corazón
 Sueño sin descanso
 Historial Familiar de Roncar o Trastornos del Sueño

Sección 3 - Historial del Sueño (Marque los que apliquen):

- Le han diagnosticado con desorden del sueño? Si No
 Está actualmente usando una máquina CPAP? Si No
 Usa la máquina CPAP menos de 5 veces por semana? Si No
 Preferiria un aparato bucal? Si No

Por favor presente esta forma ya completada, Identificación y Tarjeta de Asegurancia Médica al Escritorio para hacer copias.

Fax: 888-999-1887

Phone: 888-240-7735