



Sleep Disorder Center

Cuestionario de Desorden del Sueño

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ () Hombre () Mujer

Teléfono de casa () _____ Celular () _____ Correo Electrónico: _____

Aseguranza Medica _____ Numero de póliza _____

Altura: _____ Peso: _____ BMI: _____ Medida de cuello: _____ Doctor: _____

SELECCIONE LO QUE LE APLIQUE:

() Enfermedades del corazón () Hipertensión () Diabetes () Obesidad () Micción frecuente de tiempo de noche
() Infarto Cardíaco () Infarto Cerebral () Apnea del sueño () Pérdida de la memoria

Nunca le han dicho que deja de respirar mientras duerme?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8
Usted se ha dormido mientras está manejando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6
Despierta de repente con dificultad para respirar o con su corazón latiendo rápido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6
Siente demasiado sueño durante el día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4
Alguien le ha dicho que ronca mientras duerme?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4
Ha subido peso y resulta difícil perder?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2
Ha tomado medicamentos o ha sido diagnosticado con hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2
Patea o mueve las piernas mientras que duerme?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3
Siente sensaciones ardientes, hormigueo o arrastre en las piernas mientras se levanta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3
Despierta con dolores de cabeza durante la noche o en la mañana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3
Tiene problemas para conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4
Tiene problemas para permanecer dormido una vez que queda dormido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4

Añadir los puntos que ha contestado "sí" \longrightarrow

Puntuación de riesgo _____

Baja	Moderado	Alta	Grave
0 - 7	8 - 11	12 - 15	16+

Paciente consentimiento Entiendo que como parte del tratamiento puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad y acepta tal divulgación para los usos permitidos, incluyendo, pero sin limitarse a, accesos a través de fax. Comprendo plenamente y aceptar los términos para este consentimiento.

Firma _____ Fecha _____