



# 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 levantas? | <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 \_\_\_\_\_