



Información Personal

Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____
Consumo de alcohol (días por semana): _____ Exfumador: _____ Consumo de tabaco (cigarrillos por semana): _____

Antecedentes médicos

Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Por favor, marque con sí o no (Es posible que necesite preguntar a su compañero/a de cama).

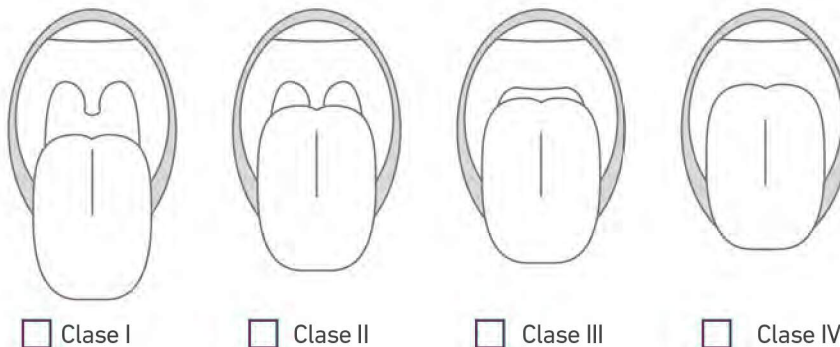
1. ¿Ronca habitualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Ronca cuando duerme boca-arriba?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Ronca cuando duerme de lado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Empeora su ronquido tras beber alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Empeora su ronquido con catarro o alergia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Toma tranquilizantes o pastillas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Tiene sensación de asfixia o ahogo durante la noche?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha dejado de respirar durante el sueño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Se levanta habitualmente para orinar durante la noche?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Aprieta la mandíbula o rechina los dientes mientras duerme?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Mueve los brazos o las piernas durante la noche?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Cuando duerme tiene pesadillas o sueños extraños?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Se siente cansado cuando despierta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Se despierta frecuentemente con dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Se siente cansado a lo largo del día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Tiene problemas de concentración a lo largo de la jornada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18. ¿Han disminuido sus facultades intelectuales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19. ¿Siente dolor en la mandíbula o las mejillas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. ¿Siente dolor en los dientes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
21. ¿Se ha lesionado o ha recibido cirugía en la nariz?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22. ¿Le han extraído las anginas o vegetaciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
23. ¿Tiene congestionada u obstruida la nariz?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
24. ¿Le han realizado algún estudio del sueño / polisomnografía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
25. ¿Ha recibido algún tratamiento para el ronquido y la apnea?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si es así, ¿Cuándo? _____

Escala de Mallampati

Señale el gráfico que más se asemeje a su cavidad bucal.

Consulte con su doctor para elegir correctamente la clase a la que pertenece:



Cuestionario de somnolencia diurna Epworth

Este cuestionario pretende valorar la facilidad para sentir cansancio, somnolencia o quedarse dormido en cada una de las diferentes situaciones. Aunque no haya vivido alguna de estas situaciones recientemente, intente imaginar cómo le habría afectado.

A continuación se describirán algunas situaciones, intente valorar marcando de 0 a 3 con respecto a esta escala:

0 = Nunca tengo sueño

1 = Ligera probabilidad de tener sueño

2 = Moderada probabilidad de tener sueño

3 = Alta probabilidad de tener sueño

Actividad

Puntuación 0 1 2 3

Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado, inactivo en un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pasajero en un coche durante una hora seguida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descansando echado por las tardes cuando la circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado charlando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado tranquilamente tras una comida sin alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el coche al pararse algunos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación Total: _____

Si su puntuación es inferior a 6 puntos su somnolencia diurna es baja o ausente; si está comprendida entre 7 y 8, se encuentra en la media de la población y si es superior a 9 su somnolencia es excesiva.

Firme para confirmar la cesión de sus datos necesarios para su estudio:

Esta información es totalmente confidencial. Las respuestas serán utilizadas para diagnosticar los problemas del paciente derivados del ronquido o la apnea del sueño. En cumplimiento de lo establecido por la ley LOPD 15/1999, se le garantiza la completa confidencialidad. Los datos aportados no serán agregados a ninguna base de datos ni serán utilizados con fines comerciales.