

EAR, NOSE AND THROAT ASSOCIATES OF CHESTER COUNTY

CUESTIONARIO DE RONQUIDOS Y LA APNEA DE SUEÑO

Nombre _____ Fecha _____
Apellido Nombre Inicial

1. ¿Por cuánto tiempo ha tenido su problema de sueño? ____ semanas/meses/años
2. ¿Cuántas noches por semana tiene un problema con el sueño? ____ noches por semana
3. ¿Tiene dificultad dormir por la noche? No ____ Sí ____
4. Por término medio, ¿cuántas veces se despierta durante la noche? ____ veces por noche
5. ¿Se molesta despertar muy temprano y no puedo dormir de nuevo? No ____ Sí ____
6. Por término medio, ¿por cuánto tiempo está despierto por la mañana antes de levantarse? ____ minutos
7. Por término medio, ¿por cuánto tiempo está despierto durante la noche? ____ minutos
8. Por término medio, ¿por cuánto tiempo duerme por la noche? ____ horas
9. ¿Se siente cansado cuando se despierta después de una noche normal de sueño? No ____ Sí ____
10. ¿Suenan? No ____ Sí ____
11. ¿Ronca? No ____ Sí ____
12. ¿Se molestan algunos problemas con la respiración por la noche? No ____ Sí ____
Si sí, describa: _____
13. ¿Tiene alguna conducta extraña cuando duerme? No ____ Sí ____
Si sí, describa: _____
14. ¿A qué hora se acuesta normalmente? ____ de la mañana / ____ por la noche
15. ¿A qué hora se levanta normalmente? ____ de la mañana / ____ por la noche
16. ¿Duerme la siesta normalmente? No ____ Sí ____ ¿A qué hora? ____ ¿Por cuánto tiempo? ____
17. ¿Se encuentra dormirse cuando está trabajando? No ____ Sí ____
Cuándo está manejando un coche? No ____ Sí ____
18. ¿Para cada bebida abajo, escriba el número medio que Ud. bebe cada día:
Té con cafeína ____ tazas/vasos por día Bebidas alcohólicas ____ vasos por día
Café con cafeína ____ tazas/vasos por día Bebidas carbonates o con cafeína ____ vasos por día

19. ¿Toma algunas medicinas o bebidas alcohólicas para aydurse a dormer? No____ Sí ____
 Describa: _____
20. ¿Fuma o toma algunas drogas sin receta, incluyendo marijuana (muchas drogas estorban con los estudios de sueño y muchas producen resultados incorrectos)?
 No____ Sí ____ ¿Cuáles drogas y con qué frecuencia? _____
21. ¿Se considera en una condición de buena salud? No____ Sí ____
 Si no, describa en detalle: _____
22. Dentro de los últimos dos años, ¿Ha ganado o perdido peso? No____ Sí ____
 Si sí, describa en detalle: _____
23. Año de la última examen físcal: _____ Nombre del medico: _____
 ¿Se encuentra algo malo durante la última examen físcal? No____ Sí ____
 Describa en detalle: _____

24. ¿Visita a un psiquiatra o a un consejero de salud mental ahora? No____ Sí ____
25. ¿Es Ud. un cantante professional? No____ Sí ____
26. ¿Toca un instrumento de viento de madera? No____ Sí ____
27. NOTAS: Si hay otros aspectos de su problema con el sueño que le importa a Ud, por favor descríbalos en este espacio o al reverso.

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Por favor índique la posibilidad que Ud. se duerma en las siguientes situaciones (escala de 0 a 3). Se refiere a su vida normal recientemente. Use la siguiente escala para escoger el número más apropiado para cada situación:

0 – nunca dormirse

1 – una posibilidad pequeña de dormirse

2 – una posibilidad moderada de dormirse

3 – una posibilidad alta de dormirse

<u>SITUACIÓN</u>	<u>POSIBILIDAD DE DORMIRSE</u>
Sentarse y leer	_____
Mirando la television	_____
Sentarse, inactivo en un logar público (p.e., un teatro o una reunion)	_____
Como un pasajero en un coche por una hora sin descanso	_____
Acostarse durante la tarde cuando pueda	_____
Sentarse y hablar con alguien	_____
Sentarse tranquilamente después del almuerzo sin alcohol	_____
En un coche, mientras está parada para unos minutos en tráfico	_____