

Información Personal

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____

Consumo de alcohol (días por semana): _____ 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. ¿Tiene un ronquido intenso? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Ha dejado de respirar durante el sueño? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Se siente cansado cuando despierta? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Se siente cansado a lo largo del día? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Se siente soñoliento a lo largo del día? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Se despierta frecuentemente con dolores de cabeza? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿Tiene problemas de concentración a lo largo de la jornada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Siente dolor en la mandíbula o las mejillas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. ¿Siente dolor en los dientes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. ¿Aprieta la mandíbula o rechina los dientes mientras duerme? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado por apnea del sueño? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Le han realizado algún estudio del sueño / polisomnografía? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Ha recibido algún tratamiento para el ronquido y la apnea? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si es así, ¿Cuándo? _____

Cuestionario de somnolencia diurna Epworth

Este cuestionario pretende valorar la facilidad para sentir cansancio, soñolencia 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 las 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: