

## 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, 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 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: