

CUESTIONARIO PARA CONSULTAR SUEÑO ADULTO
POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Describe brevemente el problema de sueño actual o el motivo por la cual fue referido:

Alguna vez has tenido un estudio del sueño en el pasado? Si o no

Si es así, cuando _____ y donde _____

Por favor verifique cualquier problema de sueño actual:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Pataliar al dormir |
| <input type="checkbox"/> Pausas en la respiración mientras duerme | <input type="checkbox"/> sueño inquieto |
| <input type="checkbox"/> somnolencia excesiva durante el día | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza al despertar |
| <input type="checkbox"/> sequedad de garganta / boca al despertar | <input type="checkbox"/> Orinar excesivamente en la noche |
| <input type="checkbox"/> dificultad para conciliar el sueño | <input type="checkbox"/> dificultad para quedarse dormido |
| <input type="checkbox"/> Dientes molienda | <input type="checkbox"/> Paralisis del sueño |
| <input type="checkbox"/> pesadillas | <input type="checkbox"/> infecciones frecuentes de garganta |
| | <input type="checkbox"/> congestión nasal |

Cuánto tiempo le toma en quedarse dormido? _____

Te sientes renovado al despertar? Si o no

Hora de dormir durante la **semana de trabajo/escuela**: _____ **Hora de despertar** _____

Hora de dormir en lo **Fines de semana / vacaciones**: _____ **Hora de despertar** _____

Siestas (frecuencia y tiempo invertido): _____

Historia Medica:

Historia De Cirugía:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Le han extirpado las amígdalas y / o las adenoides? si o no

Alguna historia de trauma en la cabeza o la cara? Sí o no, si es así cómo y cuándo

CUESTIONARIO PARA CONSULTAR SUEÑO ADULTO
POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE

Ocupación: _____

Alguna Dificultad manejando por su problema del sueño? **Si o No**

Si respondes "si" describe el problema: _____

Fumas? or a fumado anteriormente? **Si o No**--- **Si respondes "si" cuántos paquetes por el dia?**

Bebes alcohol? **Si o No**---**Si respondes "si" cual es la Frecuencia?** _____

Usas drogas recreativas? **Si o No**--**Si respondes "si" cuales?** _____

Medicamentos:

Alergias:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Verifique los síntomas / problemas actuales que tenga por chequero el (:

General: Subida de peso Bajada de peso

Piel: erupcion comezon

Nariz / Seno / Garganta: congestión nasal nariz que moquea goteo postnasal dolor de garganta

Ojos: visión borrosa dolor de ojo enrojecimiento de los ojos

Cardíaco: Dolor de pecho Palpitaciones

Respiratorio: tos falta de aliento jadeo

Gastroenterología: acidez reflujo náusea vómitos Diarrea estreñimiento

Urinario: dificultad para orinar cálculos renales

Musculoesquelético: dolores musculares dolor de espalda dolor en las articulaciones
gota

Neurológico: convulsiones dolores de cabeza

Psiquiátrico: depresión ansiedad pérdida de memoria

ESCALA DE SUEÑO DE EPWORTH (18 AÑOS Y MÁS)

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Qué posibilidades hay de que te duermas en las siguientes situaciones. **Esto se refiere a su estilo de vida habitual en los últimos tiempos.**

Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = **nunca** te dormira
- 1 = **ligera** posibilidad de dormirse
- 2 = probabilidad **moderada** de dormirse
- 3 = **alta** probabilidad de dormirse

Es importante que responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

Situation:	Posibilidad de dormirse (0-3):
Sentado y leyendo	_____
Viendo la televisión	_____
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión)	_____
Como pasajero en un automóvil por una hora sin descanso	_____
Acostarse para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	_____
Sentado y hablando con alguien	_____
Sentado en silencio después de un almuerzo sin alcohol	_____
En un automóvil, mientras se detuvo por unos minutos en el tráfico (usted como conductor)	_____
Puntaje total:	_____