

## 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).

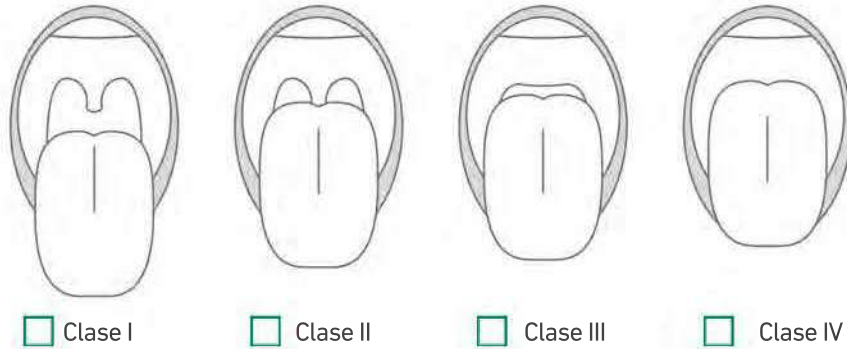
- |                                                                  |                             |                             |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Ronca habitualmente?                                         | <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, 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

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

Puntuación	0	1	2	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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.