

Evaluacion de los transtornos del sueño

Este estudio determina la necesidad para usted tener una prueba del sueño, facil de usar en la comodidad de su casa .Transtorno del sueño afecta negativamente a su bienestar especialmente a su salud cardiovascular ,pero puede ser tratdado con eficiencia.

Fecha _____ Nombre _____ fecha de nacimiento _____
Numero de telefono _____ Nombre de su medico _____

1. Alguna vez le han dado un dispositivo de CPAP? Si _____ No _____
2. Si alguna vez le han dado un CPAP lo utiliza todas las noches? Si _____ No _____
3. esta contento con su CPAP? Si _____ No _____

Si usted contesto si a las 3 preguntas anteriores entonces usted Ya Termino

Si usted contesto NO a cualquier de las 3 preguntas anteriores por favor continue a la parte 1.

Parte 1 **Escala de somnolencia de Epworth**

*Que probabilidad hay de quedarse dormido mientras hace las siguientes actividades?por favor utilze la siguiente escala
0= nunca 1=Minimo 2=moderado 3=alto circule el numero que mas le corresponda*

1. Siendo un pasajero de un vehiculo por una hora o mas..... 0 1 2 3
2. Sentarse a conversar con otra persona 0 1 2 3
3. Sentarse ha leer 0 1 2 3
4. Sentarse inactivo en un lugar publico..... 0 1 2 3
5. Viendo television..... 0 1 2 3
6. Descansando acostado por la tarde..... 0 1 2 3
7. Sentado en silencio despues del almuerzo.....0 1 2 3
8. En el auto mientras esta detenido en tráfico..... 0 1 2 3

puntuación total _____

Parte 2

1. Le han dicho que usted ronca? Si _____ No _____
2. Tiene historia familiar de muerte prematura en el sueño? Si _____ No _____
3. Tiene diabetes? Si _____ No _____
4. Tiene enfermedad de las arterias coronarias? Si _____ No _____
5. Tiene hipertension Si _____ No _____
6. Alguna vez a experimentado el ritmo cardiaco irregular? Si _____ No _____

Parte 3

1. Ha sido alguna vez diagnosticado con apnea del sueño? Si _____ No _____
2. Se despierta del sueño con dolor de pecho o falta de respiracion? Si _____ No _____
3. Le han dicho que deja de respirar mientras duerme? Si _____ No _____
4. Es el tamaño de su cuello más grande que 15”(mujer) 16.5”(hombre) Si _____ No _____
5. Alguna vez ha tenido un accidente cerebrovascular? Si _____ No _____
6. Le han dicho que tiene insuficiencia cardiaca congestiva? Si _____ No _____
7. Tiene fibrilación auricular? Si _____ No _____

cuello: _____

Tamano de

Firma del medico _____ Fecha _____