



Fecha de llenado \_\_\_\_\_

### I. ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Por favor responda con qué valor representa la posibilidad de quedarse dormido, o de dormitar durante las siguientes actividades.

- |   |   |
|---|---|
| 0. Nunca se ha dormido                    | 2. Moderada posibilidad de quedarse dormido |
| 1. Escasa posibilidad de quedarse dormido | 3. Alta posibilidad de quedarse dormido     |

Actividad	0	1	2	3
Sentado y Leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo Televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado, inactivo en un lugar público (espectáculo, reunión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el coche como copiloto, o en un autobús en un viaje de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recostado a media tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado y platicando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado, después de la comida, sin tomar alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el coche, cuando se detiene durante algunos minutos por el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total				<input type="text"/>

### II. STOP-BANG

	Si	No
¿Ronca fuerte - Tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas, o su pareja lo mueve por roncar de noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente con frecuencia cansado, fatigado, o somnoliento durante el día (por ejemplo, se quedaría dormido mientras conduce más de una hora)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguien le ha observado que ha dejado de respirar, o ahogarse mientras dormía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un índice de masa corporal de más de 35 kg/m <sup>2</sup> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene mas de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es hombre, el cuello de su camisa mide 17 pulgadas (43cm) o más? Si es mujer, el cuello de su camisa mide 16 pulgadas (41cm) o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### III. HIGIENE Y HÁBITOS DEL SUEÑO

Horario habitual para irse a dormir		
Horario habitual para despertar		
	Si	No
¿Acostumbra leer en la cama, antes de dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Acostumbra comer en la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Acostumbra tener conversaciones en la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Observa televisión en la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Escribe en la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace ejercicio en la tarde, o antes de dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Acostumbra hacer siestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Al despertar, su cama está desarreglada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su pareja le refiere movimientos de sus piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Al despertar, siente cansadas las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para iniciar el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se despierta durante la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Observa el reloj al no poder dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma algún líquido antes de dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### V. SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL SUEÑO

	Si	No
Ronquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de no haber descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueño durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza en la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha despertado con sensación de ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueño excesivo - necesita dormir mas de 8 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueño inquieto - se despierta frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco alerta durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco ánimo en actividades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco ánimo en actividades de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha disminuido su actividad sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

