



## INFORME PARA VALORAR LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO : \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_  
 MEDICO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ CIR/CUELLO: \_\_\_\_\_

### TRASTORNO DEL SUEÑO

	SI	NO
RONQUIDO		
SENSACION DE NO HABER DESCANSADO		
SUEÑO DURANTE EL DIA		
DOLOR DE CABEZA		
FATIGA		
HA DESPERTADO CON SENSACION DE AHOGO		
SUEÑO EXCESIVO		
SUEÑO INQUIETO		
POCO ALERTA DURANTE EL DIA		
ANSIEDAD		
DEPRESION		
CAMBIOS DE HUMOR		
POCO ANIMO EN ACTIVIDADES SOCIALES		
POCO ANIMO EN ACTIVIDADES DEL TRABAJO		
HA DISMINUIDO SU ACTIVIDAD SEXUAL		

### ESCALA DE EPWORTH (QUEDARSE DORMIDO)

0=Nunca, 1=Ocasionalmente, 2=Frecuente, 3=Muy Frecuente

ACTIVIDAD	NUM
AL OBSERVAR LA TELEVISION	
COMO PASAJERO EN AUTO POR MAS DE UNA HORA	
AL CONDUCIR SU AUTO	
AL ESTAR SENTADO Y RECLINARSE A DESCANSAR	
AL ESTAR SENTADO EN EL TEATRO, CINE, JUNTAS, ETC	
AL ESTAR LEYENDO	
AL MANTENER UNA CONVERSACION	

### MOVILIDAD DURANTE EL SUEÑO

	SI	NO
AL DESPERTAR SU CAMA ESTA DESARREGLADA		
SU PAREJA LE REFIERE MOVIMIENTOS DE SUS PIERNAS		
AL DESPERTAR SIENDE CANSADAS LAS PIERNAS		

### HIGIENE DEL SUEÑO

	SI	NO
HORARIO PARA IR A LA CAMA		
HORARIO PARA DESPERTARSE MAS COMUN		
LECTURA EN LA CAMA		
COMER EN LA CAMA		
CONVERSACION EN LA CAMA		
OBSERVAR LA TELEVISION EN LA CAMA		
ESCRIBE EN LA CAMA		
HACE EJERCICIO ANTES DE IR A DORMIR		
ACOSTUMBRA HACER SIESTA		

### INSOMNIO

	SI	NO
DIFICULTAD PARA INICIAR EL SUEÑO		
SE DESPIERTA DURANTE EL SUEÑO		
OBSERVA EL RELOJ AL NO PODER DORMIR		
TOMA ALGUN LIQUIDO ANTES DE DORMIR		

Circunferencia cintura \_\_\_\_\_ cms. (Medir a nivel ombligo)

Circunferencia cadera \_\_\_\_\_ cms.

### HISTORIA MEDICA

PADECIMIENTO	INICIO	TX
ENFERMEDADES DEL CORAZON		SI NO
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS		SI NO
ENFERMEDADES DE TIROIDES		SI NO
ENFERMEDAD DE LOS RIÑONES		SI NO
HIPERTENSION ARTERIAL		SI NO
DIABETES		SI NO



ENFERMEDADES REUMATICAS		SI	NO
CONVULSIONES		SI	NO
DEPRESION		SI	NO
ANSIEDAD		SI	NO
DESORDENES ALIMENTICIOS		SI	NO
REFLUJO GASTROESOFAGICO		SI	NO
ALERGIAS		SI	NO
TRAUMATISMOS EN LA CABEZA		SI	NO
FUMA	CUANTO	SI	NO
TOMA	CUANTO	SI	NO

1. En sus propias palabras, describa la naturaleza y severidad de su problema

---

---

---

2. ¿Cuánto tiempo tiene con éste problema?

---

---

---

3. ¿Tiene problemas con su pareja por éste problema?

---

---

---

4. ¿Ha tenido problemas con su familia, amigos o compañeros de trabajo por éste problema?

---

---

---

5. ¿Ud viene por su propia voluntad o alguien le sugirió venir?

---

---

---

6. ¿Cómo considera Ud su problema de ronquido?

Leve      Moderado      Severo      Insoportable

7. ¿Cuánto tiempo considera Ud que tarda en quedarse dormido?

---

---

---

