**CUESTIONARIO DE APNEA DEL SUEÑO**

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ¿está sufriendo de cualquiera de estas enfermedades en la actualidad o en el pasado?

o 1. drogas hipertensión hipertensión resistente Sí / No / no sé

o 2. diabetes-Sí / No / no sé

o 3. ERGE / reflujo ácido – Sí / No / no sé

o 4. enfermedad cardíaca / enfermedad coronaria – Sí / No / no sé

o 5. movimiento – Sí / No / no sé

o 6. insuficiencia cardíaca congestiva: Sí / No / no sé

2. ¿la rutina y aprieta los dientes mientras duerme? Sí / No / no sé

3. ¿sospecha que tiene apnea del sueño? Sí / No / no sé

4. ¿ronca? Sí / No / no sé

¿5. ha el ronquido molestado alguna vez otras personas? Sí / No / no sé

¿6. ha notado alguien que deja de respirar durante el sueño?

o Casi todos los días

o 3-4 veces a la semana

o 1-2 veces a la semana

o 1-2 veces al mes

o Nunca o casi nunca

7. ¿con qué frecuencia sientes cansado o fatigado después de su sueño?

o Casi todos los días

o 3-4 veces a la semana

o 1-2 veces a la semana

o 1-2 veces al mes

o Nunca o casi nunca

8. durante su tiempo de vigilia, ¿te sientes cansado, fatigado o no hasta par?

o Casi todos los días

o 3-4 veces a la semana

o 1-2 veces a la semana

o 1-2 veces al mes

o Nunca o casi nunca

9. ¿has alguna vez asintió con la cabeza o dormido mientras se conduce un vehículo? Sí / No

10. ¿has sido tratado para ronquidos, un trastorno del sueño o apnea del sueño?

11. ¿ha participado en un estudio del sueño?

o When? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Where? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o ¿Cómo funciona C-PAP para que? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_