

Maspeth Dental – HL, P.C.
66-62 Grand Avenue
Maspeth, New York 11378

Questionario De Sueño

Name: _____ Date: _____

- | | | | | |
|--|--------------------------|------------|--------------------------|----|
| 1. ¿ Usted ronca o alguien le ha dicho que ronca? | <input type="checkbox"/> | Si (2 pts) | <input type="checkbox"/> | No |
| 2. ¿ Alguien ha notado que usted déjà de respirar o us respiracion se detiene mientras duerme? | <input type="checkbox"/> | Si (3 pts) | <input type="checkbox"/> | No |
| 3. ¿ Mientras esta despierto se siente usted cansado(a), fatigado(a) o no my bien del todo? | <input type="checkbox"/> | Si (3 pts) | <input type="checkbox"/> | No |
| 4. ¿Alguna vez ha despertado buscando mas aire, sin aliento o ahogandose? | <input type="checkbox"/> | Si (2 pt) | <input type="checkbox"/> | No |
| 5. ¿ Se despierta usted fequentemente con la boca seca? | <input type="checkbox"/> | Si (2 pts) | <input type="checkbox"/> | No |
| 6. ¿ Se siente usted con frecuencia cansado(a), inmediatamente despues de levantarse ? | <input type="checkbox"/> | Si (1 pt) | <input type="checkbox"/> | No |
| 7. ¿ Durante los pasados 6 messes usted se ha quedado dormido en situaciones en las que no se su intencion dormirse? | <input type="checkbox"/> | Si (1 pt) | <input type="checkbox"/> | No |
| 8. ¿ Sufre usted actualmente de presion alta y/o diabetes? Recibe tratamiento? | <input type="checkbox"/> | Si (1 pt) | <input type="checkbox"/> | No |

Puntuacion total: _____

Por favor sume los puntos de las preguntas en las que conteste "Si". Si la puntuacion total se mayor de 2, el paciente es un buen candidato para un estudio diagnostico sueño.

- 0 - 2 = Bajo riesgo de tener Apnea Obstructiva del Sueño
3 - 6 = riesgo Moderado de tener Apnea Obstructiva del Sueño
7 - 15 = Alto riesgo de tener Apnea Obstructiva del Sueño