

Nombre _____

Ciudad, Estado y Código postal _____

1. Complete lo siguiente:

Estatura _____ Edad _____

Peso _____ Hombre/Mujer _____

¿Ha cambiado su peso?

- ☐ Aumentó
- ☐ Disminuyó
- ☐ Permaneció inalterado

2. ¿Ronca usted?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

Si usted ronca:

3. Sus ronquidos son . . .

- ☐ Levemente más fuerte que al respirar
- ☐ Tan fuerte como al hablar
- ☐ Más fuerte que al hablar
- ☐ Muy fuerte

4. Con qué frecuencia ronca?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

5. ¿Sus ronquidos molestan a otras personas?

- ☐ Sí
- ☐ No

6. ¿Ha notado alguien que usted deja de respirar mientras duerme?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

7. ¿Se siente cansado después de dormir?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

8. ¿Se siente cansado al despertar?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

9. ¿Alguna vez se ha quedado dormido mientras conducía?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

Si respondió que sí, ¿con qué frecuencia ocurre?

- ☐ Todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

10. ¿Sufre de hipertensión arterial?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

Nombre _____

Ciudad, Estado y Código postal _____

1. Complete lo siguiente:

Estatura _____ Edad _____

Peso _____ Hombre/Mujer _____

¿Ha cambiado su peso?

- ☐ Aumentó
- ☐ Disminuyó
- ☐ Permaneció inalterado

2. ¿Ronca usted?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

Si usted ronca:

3. Sus ronquidos son . . .

- ☐ Levemente más fuerte que al respirar
- ☐ Tan fuerte como al hablar
- ☐ Más fuerte que al hablar
- ☐ Muy fuerte

4. Con qué frecuencia ronca?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

5. ¿Sus ronquidos molestan a otras personas?

- ☐ Si
- ☐ No

6. ¿Ha notado alguien que usted deja de respirar mientras duerme?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

CATEGORY 2

7. ¿Se siente cansado después de dormir?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

8. ¿Se siente cansado al despertar?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

9. ¿Alguna vez se ha quedado dormido mientras conducía?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

Si respondió que sí, ¿con qué frecuencia ocurre?

- ☐ Todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

CATEGORY 3

10. ¿Sufre de hipertensión arterial?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}} \times 703$$

Categoría 1, preguntas 2-6 ☐ **Alto Riesgo:** 2 o más respuestas positivas para las alternativas resaltadas en gris

Categoría 2, preguntas 7-9 ☐ **Alto Riesgo:** 2 o más respuestas positivas para las alternativas resaltadas en gris

Categoría 3, pregunta 10 ☐ **Alto Riesgo:** Un SI y/o IMC > 30

Resultado Final: 2 o más categorías seleccionadas indican **alta probabilidad de apnea del sueño**

Tabla de Índice de Masa Corporal

		Peso (kilos)													
		54.43	58.96	63.50	68.03	72.57	77.11	81.64	86.18	90.71	95.25	99.79	104.3	108.8	113.4
Estatura (metros)	1.524	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49
	1.574	22	24	26	27	29	31	33	35	37	38	40	42	44	46
	1.625	21	22	24	26	28	29	31	33	34	36	38	40	41	43
	1.676	19	21	23	24	26	27	29	31	32	34	36	37	39	40
	1.727	18	20	21	23	24	26	27	29	30	32	34	35	37	38
	1.778	17	19	20	22	23	24	26	27	29	30	32	33	35	36
	1.828	16	18	19	20	22	23	24	26	27	29	30	31	33	34
	1.879	15	17	18	19	21	22	23	24	26	27	28	30	31	32