

Respiratory Specialists  
2608 Keiser Blvd, Wyomissing, Pa. 19610  
Tel: 610-685-5864 Fax: 610-929-1528

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parte 1

Para ayudar a diagnosticarlo y tratarlo, tomese un tiempo para completar este cuestionario antes de su cita. Verifique el bloque que mejor se adapte a usted y lleve el formulario completo a la oficina.

	Siempre	Freq.	Occ.	Nunca
Me dijeron que ronco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me dijeron que dejo de respirar mientras duermo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me despierto ahogandome o jadeando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me quedo dormido cuando no quiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me quedo dormido cuando manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo dolores de cabeza por la manana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo una siesta todos los dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con frecuencia me despierto con la boca seca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo dificultad para concentrarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desearia tener mas energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que estoy dando vueltas en un atolladero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento con sueno durante el dia a pesar de que dormi toda la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas en el trabajo debido a la somnolencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudo excesivamente por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento mi corazon palpar durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo presion arterial alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo que levantarme para ir al bano mas de una vez por noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo "mojo" la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebo al menos tres bebidas con cafeina todos los dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebo bebidas con cafeina todas las noches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy perdiendo mi deseo sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento tension muscular en las piernas mas que cuando estoy haciendo ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me di cuenta de que parte de mi cuerpo se sacudia por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor en las piernas o calambres por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me despierto con dolor de musculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Experimento vividas escenas de en sueno poco despues de conciliar el sueno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo episodios de sensacion de incapacidad para moverme despues de quedarme dormido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me quedo dormido en entornos sociales como fiestas o restaurantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis musculos se relajan cuando me rio, me enojo o me sobresalto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las siestas son refrescantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me tomo mas de 30 minutos para dormirme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me levanto durante la noche y me cuesta conciliar el sueno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo sueno antes de acostarme, pero no cuando me voy a la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo pensamientos corriendo por mi cabeza cuando trato de dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me levanto por razones desconocidas y tengo problemas para volver a dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento frustrado y / o ansioso cuando no puedo conciliar el sueno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesito medicacion on alcohol para ayudarme a dormir en la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

Normalmente me voy a la cama a las \_\_\_\_\_

Normalmente me levanto a las \_\_\_\_\_

Trabajo turno de dia, turno en la tarde, turno de noche. \_\_\_\_\_

Turnos rotativos o no aplicable \_\_\_\_\_

El tamaño de mi cuello es \_\_\_\_\_

Mi peso mas alto en la escuela secundaria fue \_\_\_\_\_

Mi peso hace 5 años era \_\_\_\_\_

Mi peso hace 1 año era \_\_\_\_\_