

STOP/BANG QUESTIONNAIRE:

1. Ronquido

SÍ NO

¿Ronca usted duro? (Tan duro que se le puede oír afuera de su cuarto aún con la puerta cerrada. O su compañero de cama le da codazos en la noche por su ronquido?)

2. Cansancio

SÍ NO

Se siente a menudo cansado, fatigado o somnoliento durante el día? (Como por ejemplo quedarse dormido mientras maneja)

3. Observado

SÍ NO

Alguien lo ha observado atorándose o parando de respirar mientras duerme?

4. Presión

SÍ NO

Sufre de presión alta?

5. Índice de masa corporal

SÍ NO

Mayor de 35kg/m²

6. Edad

SÍ NO

Mayor de 50 años

7. Medida del cuello (a nivel de la manzana de Adán)

HOMBRES: 17" (43.5 cm) o más

SÍ NO

MUJERES: 16" (15.5 cm) o más

SÍ NO

8. Género Masculino

SÍ NO

TOTAL

SI HA MARCADO MÁS DE 3 "SÍ" USTED TIENE UN ALTO RIESGO DE PADECER APNEA DEL SUEÑO



954-289-6106 FAX: 954-337-6101

www.integratedsleepcare.com



14601 SW 29th St. Suite 109 Miramar, FL 33027