

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: F ___ M ___
 Telefono _____ Altura _____ Peso _____ Tamano de cuello _____
 Seguro _____ ID del seguro _____
 Direccion _____
 Usted fuma? _____ BMI _____ Fecha de encuesta _____ Pre-Autorizacion _____
 Usted quiere dejar de fumar? Si No

Medicamentos:

Historial Medico:

STOP BANG Screener (marque Si o No) Si No

Roncar (Snore)
 Usted ronca?

Cansado (Tired)
 Usted siente fatiga durante el dia?
 Al despertarse, usted siente como que no ha dormido?

Obstruccion (Obstruction)
 Le han dicho que deja de respirar?
 Usted trata de tomar aire o se ahoga mientras duerme?

Presion (Pressure)
 Usted sufre de alta presion o esta en algun medicamento para controlar la presion?

Puntuacion: Si usted respondio SI a dos o mas preguntas en la porcion STOP usted esta en riesgo de OSA.

Indice de Masa Corporal (BMI)
 Es su indice de masa corporal mayor de 28?

Edad (Age)
 Tiene usted 50 años de edad mayor?

Cuello (Neck) Es usted un hombre con cuello mayor de 17cms o mujer con cuello mayor a 16 cms?

Genero (Gender)
 Es usted del sexo masculine?

Puntuacion: Mientras mas preguntas fueron contestadas que SI en la seccion BANG, mayor sera su riesgo de tener moderada a severa OSA

Patient's History Yes No

Patient Screening Education
Patient Take Home Date of HST _____
Device Returned
Schedule for HST results

Negative Mild/Moderate Severe

Epworth Escala del Sueño

¿Qué posibilidades hay de que le de sueño o que se duerma en las situaciones que se describen a continuación, en contraste con sólo sentirse cansado? Esto se refiere a su estilo de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si algunas de ellas usted no las ha hecho recientemente, trata de encontrar la manera habrían afectado a usted. Utilice la siguiente escala para elegir el número más adecuado para cada situación:

- 0 = nunca dormitaria
- 1 = ligero cambio de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = alta probabilidad de dormirse

	0	1	2	3
Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo TV (Television)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado inactivo en un lugar public (ej. En el cine o en una reunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado como pasajero en un carro por varias horas continuas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recostado para descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado y hablando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado tranquilo despues de comida sin alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado en un carro parado en tráfico por algunos minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORE: 0 -10 Ranqo Normal 10 -12 En el Borde 12-24 soñoliento

Total Score: _____

Doctor's Notes:

Firma del Paciente:

