*Dr. Fernando R. Jaen*

 **D. EXPLORACION POR APNEA DEL SUEÑO**

*La* ***Apnea Obstructiva del Sueño*** *es un común y peligroso Desorden del Sueño, que se caracteriza por el colapso repetitivo de la vía aérea durante el sueño, causando una suspensión dañina de la respiración. Este y otros Desordenes del Sueño están muy relacionados con los Desordenes de la Masticación.* ***Sus consecuencias incluyen las siguientes condiciones: mal sueño, baja en la productividad laboral, somnolencia, accidentes automovilísticos, hipertensión arterial, arritmias cardiacas, diabetes, infartos y derrames cerebrales.***

Su respuesta veraz y minuciosa a las siguientes preguntas, nos dará una idea si Usted padece de este problema y PODRIAMOS AYUDARLE. Por favor *circule o escriba lo solicitado en donde aplique* y al final del documento, la fecha de hoy y su firma.

1. RONQUIDO. ***Le han dicho que:***

a.) Ronca muchas noches (Más de 3 veces a la semana). SI NO

b.) Es su ronquido alto (Se puede oír entre paredes o puertas). SI NO

1. SUSPENDE LA RESPIRACION O SE AHOGA AL DORMIR: SI NO
2. LA MEDIDA DE SU CUELLO:

Menos de 16 pulgadas (Si Usted usa Small o Medium en camisa) SI NO

Más de 16 pulgadas ( Si Usted usa Large o mas en camisa) SI NO

1. ESTA USTED EN TRATAMIENTO POR PRESION ARTERIAL ALTA O DIABETES:

 Si NO

1. EN OCACIONES SE DUERME O ESTA ADORMECIDO DURANTE EL DIA:
2. Inactivo o desocupado: SI NO
3. Manejando, en transporte o en un semáforo o tranque SI NO

 **E. ESCALA EPWORTH DEL SUEÑO**

1. SE SIENTE CON SUEÑO O SE DUERME DURANTE:

a.)Sentado o leyendo b.) Viendo la TV c.) Sentado en eventos d.) Como pasajero por una hora e.) Descansando una tarde cuando puede f.) Sentado o conversando g.) Sentado luego del almuerzo sin licores h.) Durante un tranque o semáforo.

1. DESDE CUANDO RONCA O LE HAN DICHO QUE LO HACE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. CUANTAS VECES SE DESPIERTA DURANTE LA NOCHE:\_\_\_\_­­­
3. LE HAN DICHO QUE DEJA DE RESPIRAR: SI NO
4. TIENE DIFICULTAD PARA DORMIRSE: SI NO
5. SE DESPIERTA CANSADO: SI NO
6. SE DESPIERTA CON DOLOR DE CABEZA: SI NO
7. LE DA DOLOR DE CABEZA TOMAR UN POCO DE LICOR: SI NO
8. HA SIDO ATENDIDO O DIAGNOSTICADO POR APNEA DEL SUEÑO: SI NO
9. LE HAN HECHO UN ESTUDIO DEL SUEÑO: SI NO
10. LE DIFICULTA RESPIRAR POR LA NARIZ: SI NO
11. TIENE ALGUN PROBLEMA DEL CORAZON: SI NO
12. TIENE PRESION ALTA o DIABETES: SI NO COMO LE TRATAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. TIENE PERDIDA DE LA MEMORIA: SI NO
14. SUFRE O ES TRATADO POR DEPRESION: SI NO COMO LE TRATAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
15. TIENE TURNOS DE TRABAJO Y SUEÑO: SI NO
16. A QUE HORA SE ACUESTA:\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_
17. A QUE HORA SE LEVANTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
18. DURANTE SU SUEÑO, LE HAN DICHO QUE:
19. Ronca Fuertemente: Siempre Mucho Poco Nunca
20. Se ahoga, le dificulta respirar o deja de respirar: Siempre Mucho Poco Nunca REPRESENTACION PICTORICA
21. Se despierta por problemas respiratorios: Siempre Mucho Poco Nunca DE LOS MALESTARES.
22. Se voltea frecuentemente: Siempre Mucho Poco Nunca Marque con una X que tan cerca están
23. Patea o mueve las piernas con frecuencia: Siempre Mucho Poco Nunca sus males de Usted o cuanto le afectan.
24. CUANDO SE DESPIERTA DE SU SUEÑO REGULAR, CON QUE FRECUENCIA TIENE:
25. Dificultad para abrir la boca: Siempre Mucho Poco Nunca
26. Boca seca: : Siempre Mucho Poco Nunca
27. DESPIERTO Y EN LO SIGUIENTE, SE SIENTE CON SUEÑO O SE DUERME:
28. Después de comer: Siempre Mucho Poco Nunca
29. Leyendo o viendo la TV: Siempre Mucho Poco Nunca
30. En la escuela o su lugar de oración: Siempre Mucho Poco Nunca
31. En su trabajo: Siempre Mucho Poco Nunca
32. Manejando o como pasajero: Siempre Mucho Poco Nunca
33. SE LE DIFICULTA RESPIRAR POR LA NARIZ:
34. Durante el día: Siempre Mucho Poco Nunca
35. Durante el sueño: Siempre Mucho Poco Nunca
36. TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS O SEDANTES: Usted!
37. Durante el día: Siempre Mucho Poco Nunca
38. Para poder dormir: Siempre Mucho Poco Nunca
39. LE HAN EFECTUADO, HA HECHO O HA TENIDO LO SIGUIENTE:

Fractura nasal Alergias o fiebre de heno Fumar Cirugía Nasal Sinusitis Esprays nasales Cirugías de adenoides o amígdalas Antihistamínicos Cirugías u otros tratamientos por: Apnea del Sueño u otros desordenes del sueño.

**F. LA FECHA DE HOY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SU FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**