



## CUESTIONARIO DE RONQUIDOS

Tel: (760) 291-6977

Fax: (760) 747-3123

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)		FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	
ALTURA	PESO	EDAD	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINA

Favor de elegir la respuesta correcta a cada pregunta:

### CATEGORÍA 1

1. ¿Usted ronca?

- Sí
- No
- No sé

Si usted ronca:

2. Su ronquido es:

- Ligeramente más alto que la respiración
- Tan alto como hablar
- Más alto que hablar
- Muy alto—se puede escuchar en cuartos al lado

3. ¿Con que 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 raramente

4. ¿Su ronquido alguna vez ha molestado a otras personas?

- Sí
- No
- No sé

5. ¿Alguien ha notado que usted deja de respirar durante el sueño?

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

### CATEGORÍA 2

6. ¿Con que frecuencia se siente cansado o fatigado 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 raramente

7. ¿Durante su tiempo despierto se siente usted cansado, fatigado o no al nivel adecuado?

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

8. ¿Alguna vez se ha cabeceado o dormido mientras conducía un vehículo?

- Sí
- No

Si es así:

9. ¿Con que frecuencia ocurre esto?

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

### CATEGORÍA 3

10. ¿Tiene usted presión alta?

- Sí
- No
- No sé

\*\*\*¡GRACIAS!\*\*\*