

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL DORMIR

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ metros. Peso: _____ Kg.

Encierre en un círculo la contestación que mejor describa su experiencia en los últimos siete días:

Dificultad iniciando el sueño:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Dos o más despertares durante el periodo de sueño:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Ronquido durante el sueño:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Dolor de cabeza al despertar:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Resequedad de boca al despertar:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Quedarse dormido(a) al leer:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Quedarse dormido(a) al ver televisión:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Quedarse dormido(a) en un lugar público (cine, iglesia, etc.):

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Al viajar como pasajero por más de media hora me quedo dormido(a):

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Quedarse dormido(a) al estar descansando por la tarde:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Quedarse dormido(a) al estar conversando:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Quedarse dormido(a) después de una comida sin haber ingerido alcohol:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca

Quedarse dormido(a) en un vehículo detenido debido al tráfico:

Diariamente / frecuentemente / en ocasiones / pocas veces / nunca