

Date: _____

Patient Name: _____ Age: _____

Please answer the following questions. Complete each question by checking the box beneath the most appropriate answer.

	Never	Rarely	Occasionally	Frequently	Always
Do you snore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has your bed partner ever left the room because of your snoring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you been told that you gasp or choke during sleep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you sweat during your sleep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you wake with a headache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have memory or concentration problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel rested when you wake in the morning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you fall asleep when you prefer to be awake? (i.e., movies, television, theater, church, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you tend to doze and sleep when inactive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you get sleepy while driving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you able to fight off the excessive sleepiness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you nap during the afternoon or evening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have nasal congestion at night?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you wake with heartburn symptoms at night?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have a bitter bile taste when you wake?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have a family history of snoring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you take medication for high blood pressure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you gained weight in the last one or two years? <input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> 5-10 lbs. <input type="checkbox"/> 10-20 lbs. <input type="checkbox"/> 20-30 lbs. <input type="checkbox"/> 30+ lbs.					
Has your shirt collar size increased in the last one or two years? <input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> 1 Inch <input type="checkbox"/> 1.5 Inch <input type="checkbox"/> 1.75 Inch <input type="checkbox"/> 2 Inches					

THE FOLLOWING INFORMATION TO BE COMPLETED BY STAFF ONLY:

Reviewing Physician _____ Date _____

Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____ BMI _____



SLEEP QUALITY ASSESSMENT



PATIENT IDENTIFICATION:

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Conteste por favor las preguntas siguientes. Complete cada pregunta por marcar la caja bajo la respuesta más apropiada.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Con frecuencia	Siempre
¿Ronca usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha salido del cuarto su socio de la cama a causa de sus ronquidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido dicho a usted que jadea o se estrangula durante el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Suda usted durante su sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Despierta usted con un dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted problemas de la memoria o la concentración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente descansado usted cuando se despierta por la mañana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Duerme usted cuando usted prefiere estar despierto? (Por ejemplo, películas, televisión, teatro, iglesia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiende usted dormitar y dormir cuándo inactivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene sueño usted al manejar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede usted luchar contra la somnolencia excesiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma siesta usted durante la tarde o la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted la congestión nasal de noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Despierta usted con síntomas de acidez de noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted un sabor amargo de bilis cuando se despierta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted una historia de la familia de los ronquidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma usted medicina para hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha engordado usted en el último o dos años? <input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> 5-10 lbs. <input type="checkbox"/> 10-20 lbs. <input type="checkbox"/> 20-30 lbs. <input type="checkbox"/> 30+ lbs.					
¿Ha aumentado su tamaño del cuello de la camisa en el último o dos años? <input type="checkbox"/> Ningún cambio <input type="checkbox"/> 1 Pulgada <input type="checkbox"/> 1.5 Pulgada <input type="checkbox"/> 1.75 Pulgada <input type="checkbox"/> 2 Pulgada					

LA INFORMACION SIGUIENTE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL SOLO:

El Médico que revisa _____ Fecha _____

Altura _____ Peso _____ Tensión _____ BMI _____



EVALUACION DE LA CALIDAD DE SUEÑO

PAGINA 1

PATIENT IDENTIFICATION:

Are you getting a good night's sleep?

Studies show that more than 100 million Americans of all ages regularly fail to get a good night's sleep. There are at least 84 identified sleep disorders, all of which can lead to a lowered quality of life and reduced personal health. To find out if you have a sleep disorder, answer the following questionnaire:

How likely are you to doze or fall asleep in the following situations, in contrast to just feeling tired? This refers to your usual way of life in recent times. Even if you have not done some of these things recently, try to work out how they would have affected you. Use the following scale to choose the most appropriate number for each situation:

- 0 = would **NEVER** doze
- 1 = **SLIGHT chance** of dozing
- 2 = **MODERATE chance** of dozing
- 3 = **HIGH chance** of dozing

Sitting and reading	_____
Watching TV	_____
Sitting, inactive in a public place (theater, meeting, etc.)	_____
As a passenger in a car for an hour without a break	_____
Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	_____
Sitting and talking with someone	_____
Sitting quietly after lunch without alcohol	_____
In a car, while stopping for a few minutes in traffic	_____
TOTAL	_____



The Sleep Disorders Center of
Northeast Georgia Medical Center
770-531-6263 or 1-800-282-0535, ext. 5550

¿Duerme bien toda la noche usted?

Los estudios muestran que más de 100 millones de Americanos de todas edades fallan regularmente dormir bien toda la noche. Hay por lo menos 84 desórdenes identificados de sueño, todos los cuales pueden llevar a una calidad bajada de la vida y la salud personal reducida. Para averiguar si usted tiene un desorden del sueño, conteste el cuestionario siguiente:

¿Cómo probable es para usted dormir o dormir en las situaciones siguientes, por contraste a sentirse apenas cansado? Esto se refiere a su estilo de vida usual en tiempos recientes. Incluso si usted no haya hecho algunos de estas cosas recientemente, tratar de decidir cómo ellos le habrían afectado. Utilice la escala siguiente para escoger el número más apropiado para cada situación:

- 0 = **NUNCA** dormiría
- 1 = posibilidad **PEQUEÑO** de dormir
- 2 = posibilidad **MODERADA** de dormir
- 3 = posibilidad **GRANDE** de dormir

Sentar y leer	_____
Mirar la televisión	_____
Sentar, inactivo en un lugar público (el teatro, reunión, etc)	_____
Como un pasajero en un coche por una hora sin una interrupción	_____
Acostándose para descansar por la tarde cuándo circunstancias permiten	_____
Sentar y hablar con alguien	_____
Sentar calladamente después de almuerzo sin alcohol	_____
En un coche, parado durante unos pocos minutos en tráfico	_____
TOTAL	_____



The Sleep Disorders Center of
Northeast Georgia Medical Center
770-531-6263 or 1-800-282-0535, ext. 5550