

1. ¿Ronca muy fuerte o se le ha dicho que ronca? YES NO
2. ¿Alguna vez se ha despertado con una sensación de falta de aire o asfixia? YES NO
3. ¿Alguien ha notado alguna vez que usted deja de respirar durante el sueño? YES NO
4. ¿A menudo se despierta con la boca seca? YES NO
5. ¿Usted encuentra que su sueño no es suficientemente refrescante? YES NO
6. ¿A menudo se siente cansado, fatigado o somnoliento durante el día? YES NO
7. ¿Alguna vez se ha dormido o se ha quedado dormido en situaciones en las que no tenía intención de hacerlo? YES NO
8. ¿Tiene (o está recibiendo tratamiento para) la presión arterial elevada y/o diabetes? YES NO

Si usted contestó **sí** a **tres o más** preguntas, usted es un candidato para una prueba de sueño de inicio para evaluar la presencia de Apnea Obstructiva del Sueño.

Nombre de su médico general _____ Telefono _____

Firma _____