

Sleep Apnea Risk Questionnaire

Name: _____ Sex: Male | Female Date of Birth: _____

Height: _____ Weight: _____ Email: _____

Cell Phone #: _____ Home Phone #: _____

Have you been diagnosed or treated for the following? (Please check those that apply)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure | <input type="checkbox"/> Chronic Fatigue Syndrome |
| <input type="checkbox"/> Coronary Heart Disease | <input type="checkbox"/> Insomnia | <input type="checkbox"/> Weight Gain |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath |

Note: Please add up all points for questions where response was "Yes"

	Response	Points/Yes
1. Have you been told that you stop breathing or sound like you're drowning while you sleep?	Yes No	10
2. Have you ever fallen asleep or nodded off while driving?	Yes No	6
3. Do you awaken suddenly gasping for air with your heart racing?	Yes No	6
4. Do you suffer from evening or morning headaches?	Yes No	6
5. Do you feel excessively sleepy during the day?	Yes No	4
6. Do you wake up frequently to urinate during the night?	Yes No	4
7. Do you have trouble falling asleep?	Yes No	4
8. Do you have trouble staying asleep once you fall asleep?	Yes No	4
9. Do you kick or jerk your legs while sleeping?	Yes No	3
10. Do you feel burning or tingling in your legs when you wake up?	Yes No	2
11. Are you overweight (please see table below) or have you gained weight and cannot lose it?	Yes No	2

Add the points together for all "Yes" responses: _____

	Normal					Overweight					Obese					Extreme Obesity														
BMI	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46		
Height (inches)	Body Weight (pounds)																													
58	91	96	100	105	110	115	119	24	129	134	138	143	148	153	158	162	167	172	177	181	186	191	196	201	205	210	215	220		
59	94	99	104	109	114	119	124	28	133	138	143	148	153	158	163	168	173	178	183	188	193	198	203	208	212	217	222	227		
60	97	102	107	112	118	123	128	33	138	143	148	153	158	163	168	174	179	184	189	194	199	204	209	215	220	225	230	235		
61	100	106	111	116	122	127	132	37	143	148	153	158	164	169	174	180	185	190	195	201	206	211	217	222	227	232	238	243		
62	104	109	115	120	126	131	136	42	147	153	158	164	169	175	180	186	191	196	202	207	213	218	224	229	235	240	246	251		
63	107	113	118	124	130	135	141	46	152	158	163	169	175	181	186	191	197	203	208	214	220	225	231	237	242	248	254	259		
64	110	116	122	128	134	140	145	51	157	163	169	174	180	186	192	197	204	209	215	221	227	232	238	244	250	256	262	267		
65	114	120	126	132	138	144	150	56	162	168	174	180	186	192	198	204	210	216	222	228	234	240	246	252	258	264	270	276		
66	118	124	130	136	142	148	155	61	167	173	179	186	192	198	204	210	216	222	229	235	241	247	253	260	266	272	278	284		
67	121	127	134	140	146	153	159	66	172	178	185	191	198	204	211	217	223	230	236	242	249	255	261	268	274	280	287	293		
68	125	131	138	144	151	158	164	71	177	184	190	197	203	210	216	223	230	236	243	249	256	262	269	276	282	289	295	302		
69	128	135	142	149	155	162	169	76	182	189	196	203	209	216	223	230	236	243	250	257	263	270	277	284	291	297	304	311		
70	132	139	146	153	160	167	174	81	188	195	202	209	216	222	229	236	243	250	257	264	271	278	285	292	299	306	313	320		
71	136	143	150	157	165	172	179	86	193	200	208	215	222	229	236	243	250	257	265	272	279	286	293	301	308	315	322	329		
72	140	147	154	162	169	177	184	91	199	206	213	221	228	235	242	250	258	265	272	279	287	294	302	309	316	324	331	338		

Score and Sleep Apnea Risk Factor

0-7 points - Low Risk

8-10 points - Moderate Risk, should you notice other symptoms outlined in this questionnaire, you should undergo testing to confirm

11-15 points - High Risk, sleep study required

16+ points - Severe Risk, sleep study required

Cuestionario Sobre Riesgo de Apnea del Sueño

Nombre: _____ Sexo: Hombre | Mujer Fecha de Nacimiento: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Correo Electrónico: _____

No. de Teléfono Celular: _____ No. de Teléfono de Casa: _____

Ha sido Diagnosticado o ha recibido tratamiento para:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial/hipertensión | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca | <input type="checkbox"/> Síndrome de Fatiga Crónica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Coronaria | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Sobrepeso u Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Diabetes o Resistencia a la Insulina | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria |

.....
Nota: Se suman los puntos por cada respuesta de “Sí”

Puntos/Sí

Repuesta

- | | | |
|--|---------|----|
| 12. ¿Se le ha dicho que Ud. ronca muy fuerte o parece como se esta ahogando cuando duerme? | Sí No | 10 |
| 13. ¿Se ha cabeceado o quedado dormido mientras Ud. conduce un coche? | Sí No | 6 |
| 14. ¿Se despierta Ud. de pronto agitado sin poder respirar mientras su corazón palpita rápido? | Sí No | 6 |
| 15. ¿Despierta Ud. con dolor de cabeza por las noches o en las mañanas? | Sí No | 6 |
| 16. ¿Se siente Ud. excesivamente cansado durante el día? | Sí No | 4 |
| 17. ¿Despierta Ud. frecuentemente por la noche con la necesidad de orinar? | Sí No | 4 |
| 18. ¿Padece de dificultad para dormirse en la noche? | Sí No | 4 |
| 19. ¿Padece de dificultad para mantenerse dormido por la noche? | Sí No | 4 |
| 20. ¿Patea o sacude bruscamente sus pies/piernas mientras Ud. duerme? | Sí No | 3 |
| 21. ¿Despierta Ud. con sensaciones de ardor o hormigueo en sus piernas? | Sí No | 2 |
| 22. ¿Está Ud. sobrepeso (vea tabla adjunta abajo) o ha subido de peso sin poder perderlo? | Sí No | 2 |

Sume los puntos por las preguntas donde respondio “S” _____

Peso en libras

Estatura	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
4'10"	100	105	110	115	119	124	129	134	138	143	148
5'0"	107	112	118	123	128	133	138	143	148	153	158
5'1"	111	116	122	127	132	137	143	148	153	158	164
5'3"	118	124	130	135	141	146	152	158	163	169	175
5'5"	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186
5'7"	134	140	146	153	159	166	172	178	185	191	198
5'9"	142	149	155	162	169	176	182	189	196	203	209
5'11"	150	157	165	172	179	186	193	200	208	215	222
6'1"	159	166	174	182	189	197	204	212	219	227	235
6'3"	168	176	184	192	200	208	216	224	232	240	248

En esta tabla se observa una muestra de valores del índice de masa corporal. Si no encuentra en ella su estatura o su peso, consulte la tabla completa de [Índice de masa corporal](#) del NHLBI.

¿Qué significa el índice de masa corporal?

Índice de masa corporal	
Entre 18.5 y 24.9	Peso normal
Entre 25.0 y 29.9	Sobrepeso
Entre 30.0 y 39.9	Obeso
40.0 y más	Obesidad extrema

Factor de Riesgo de Apnea del Sueño (los puntos sumados)

0-7 puntos - Riesgo Bajo

8-10 puntos - Riesgo Moderado, si aparecen otros síntomas indicados en este cuestionario, hágase la prueba del apnea del sueño

11-15 puntos - Riesgo Alto/Grave, requiere un análisis adicional

16+ puntos - Riesgo Alto/Grave, requiere un análisis adicional