



Cuestionario Watermark Medical ARES

IMPRIMA EN LETRAS MAYUSCULAS – PERMANEZCA DENTRO DE LOS CUADROS

Primer Nombre		Inicial 2do. nombre		Apellido		Tallas de Puntos de riesgo ARES	
Peso	Libras	Edad		Años	Genero Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		
Altura	Pies		Pulgadas		Talla cuello Inches		Talla de cuello +2 Masculino ≥15.5 +2 Femenino ≥15.0
Fecha de Nacimiento	Mes	Dia	Años	Numero C.I.		Opcional	Puntuación <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>

COMPLETE Y MARQUE CON UN CIRCULO CADA RESPUESTA - RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS

¿Ha sido Ud. Diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones?						Co-morbilidad +1 por cada respuesta Si
Alta Presión Sanguínea	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Infarto	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Enfermedad del Corazón	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Depresión	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Puntuación <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
Diabetes	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Apnea del Sueño	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	

Enfermedad del Sanguinea	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Uso de Oxigeno Nasal	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	No asigne puntos a estas ocho respuestas
Insomnio	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Síndrome de piernas cansadas	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Narcolepsy	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Dolores de Cabeza matutinos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Medicación para el Sueño	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Medicación para el dolor. Ej. Vicodin, Oxicotin	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	

Escala de Somnolencia Epworth: ¿Cuan fácil se siente Ud. soñoliento o se duerme en las siguientes situaciones, en contraste con solo sentirse cansado? Esto se refiere a su forma usual de vida en tiempos recientes. Aun si Ud. no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de imaginar como estas lo habrían afectado. Use la siguiente escala para marcar el cuadro mas apropiado en cada situación.					Puntuación Epworth TOTAL valor de las 8 preguntas Si 11 o menos Punt. = 0 Si 12 o mas Punt. = 2
0 = nunca soñoliento	1 = Leve posibilidad de somnolencia	2 = Moderada posibilidad de somnolencia	3 = Alta posibilidad de somnolencia		
Sentado leyendo	0	1	2	3	Puntuación: <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
Viendo televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sentado, inactivo, en un lugar publico (teatro, reuniones, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Como pasajero en un carro, por una hora sin paradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Recostado para descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sentado y hablando con alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sentado tranquilo, después de almuerzo sin alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
En el carro, mientras se detiene por pocos minutos en el trafico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Frecuencia	0 - 1 veces/semana		1 - 2 veces/semana		3 - 4 veces/semana		5 - 7 veces/semana		Asigne Puntos por cada una de 1ras. tres respuestas <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
¿En promedio del pasado mes, cuan frecuente ha Ud. Roncado o le han dicho que ronco?	Nunca <input type="radio"/>	Raramente <input type="radio"/> +1	Algunas veces <input type="radio"/> +2	Frecuentemente <input type="radio"/> +3	Casi siempre <input type="radio"/> +4				
¿Se despierta Ud. ahogado o jadeando?	Nunca <input type="radio"/>	Raramente <input type="radio"/> +1	Algunas veces <input type="radio"/> +2	Frecuentemente <input type="radio"/> +3	Casi siempre <input type="radio"/> +4				
¿Le han dicho a Ud. Que deja de respirar en su sueño o se despierta ahogado o jadeando?	Nunca <input type="radio"/>	Raramente <input type="radio"/> +1	Algunas veces <input type="radio"/> +2	Frecuentemente <input type="radio"/> +3	Casi siempre <input type="radio"/> +4				
¿Tiene Ud. problemas manteniendo sus piernas inmóviles o necesita moverlas para sentirse cómodo?	Nunca <input type="radio"/>	Raramente <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Frecuentemente <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>				
Firma	Cod. Area		No. Telf.		Total 6 cuadros anteriores		Point Total		
					Si total Puntos = 4 o 5 (bajo riesgo), 6 a 10 (Alto). 11 o mas (muy alto riesgo)		<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>		