

# Cuestionario Watermark Medical ARES

**IMPRIMA EN LETRAS MAYÚSCALAS – MANTENIÉNDOSE DENTRO LA CASILLA**

Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Cuenta ARES	
						Puntos de Riesgo	
Peso	Libras	Edad	Años	Género		Medida de Cuello	
				Varón <input type="radio"/> Hembra <input type="radio"/>		+2 Varón >16.5 +2 Hembra >15.0	
Altura	Pies	Pulgadas	Medida de Cuello		Pulgadas		Puntos
Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año	Número de Identificación	Opcional		

**POR CADA PREGUNTA LLENE DEL TODO EL CIRCULO ADECUADO – CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

<b>¿Ha sido usted diagnosticado o recibido tratamiento por las siguientes condiciones médicas?</b>						Co-morbilidades +1 por cada respuesta de Sí	
Alta presión	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Derrame cerebral	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Puntos	
Enfermedad del corazón	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Depresión	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
Diabetes	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Apnea del sueño	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Favor de no asignar puntos a estas 8 preguntas	
Enfermedad de los pulmones	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Uso de oxígeno nasal	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
Insomnio	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Síndrome de piernas inquietas	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Puntuación Epworth	
Narcolepsia	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Dolores de cabeza por la mañana	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
Medicamento para dormir	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Medicamentos para el dolor e.g. vicodin	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	El <b>TOTAL</b> de puntos de todas 8 preguntas, Si son 11 o menos <b>Puntuación = 0</b> Si son 12 o mas <b>Puntuación = 2</b>	

<b>Escala de Somnolencia de Epworth:</b> ¿Que tan probable es que usted cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones? No se refiere a sentirse cansado debido a actividad física. Considere los últimos meses de sus actividades habituales. Aunque no haya realizado últimamente las situaciones descritas, considere como le habrían afectado. Use la siguiente escala y llene del todo el círculo con la respuesta mas apropiada. (M.W. Johns, Sleep 1991)							Puntos		
<b>0 = nunca cabecearía</b> <b>1 = poca probabilidad de cabecear</b> <b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>2 = moderada probabilidad de cabecear</b> <b>3 = alta probabilidad de cabecear</b>									
Sentado leyendo				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Favor de asignar puntos a las primeras tres respuestas	
Viendo televisión				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sentado, inactivo, en público (como en el teatro o en una junta)				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sentado conversando con alguien				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sentado después del almuerzo sin haber bebido alcohol				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Conduciendo automóvil, cuando se detiene por razones de tráfico				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

<b>Frecuencia</b> <b>0 - 1 veces/semana</b> <b>1 - 2 veces/semana</b> <b>3 - 4 veces/semana</b> <b>5 - 7 veces/semana</b>													
<b>En promedio, ¿cuanto ronca o le han dicho que ronca?</b>													
Nunca	<input type="radio"/>	Raramente	<input type="radio"/>	+1	A veces	<input type="radio"/>	+2	Frecuente	<input type="radio"/>	+3	Casi siempre	<input type="radio"/>	+4
<b>¿Se despierta usted asfixiando o jadeando?</b>													
Nunca	<input type="radio"/>	Raramente	<input type="radio"/>	+1	A veces	<input type="radio"/>	+2	Frecuente	<input type="radio"/>	+3	Casi siempre	<input type="radio"/>	+4
<b>¿Le han dicho a usted que para de respirar cuando esta dormido o se despierta asfixiado or jadeado?</b>													
Nunca	<input type="radio"/>	Raramente	<input type="radio"/>	+1	A veces	<input type="radio"/>	+2	Frecuente	<input type="radio"/>	+3	Casi siempre	<input type="radio"/>	+4
<b>¿Tiene usted dificultad mantener sus piernas sosegadas o necesita moverlas para sentirse cómodo?</b>													
Nunca	<input type="radio"/>	Raramente	<input type="radio"/>	+1	A veces	<input type="radio"/>	+2	Frecuente	<input type="radio"/>	+3	Casi siempre	<input type="radio"/>	+4

Firma	Codigo de area	Número de teléfono	<b>El total de todas las 6 cajas</b>	<b>Puntos Totales</b>
			Si el total es = 4 o 5 (bajo riesgo), 6 a 10 (alto riesgo) y 11 o mas (muy alto riesgo)	