

¿Que medicinas se toma cada día? Por favor escríbelas

- 1) _____ 3) _____ 5) _____
- 2) _____ 4) _____ 6) _____

¿Usas oxígeno en la noche? Si No Si lo usa, ¿cuanto? _____

¿Usted usa CPAP, BiPAP o AutoPAP (las abreviaciones en ingles) en la noche? Si No

Si lo usa, ¿cuantas veces en la semana? 1 2 3 4 5 6 7

Usted ronca en su CPAP/BiPAP/AutoPAP? Si No

Tu CPAP/BiPAP/AutoPAP mascara cubre: nariz nariz & boca

Su mascara usualmente:

escapa aire a tus ojos	irrita tu cara	escapa aire a otros lados	deja marcas en tu cara mas de 20 minutos
------------------------	----------------	---------------------------	--

¿Usted ronca al usar su CPAP/BiPAP/AutoPAP? Si No algunas veces

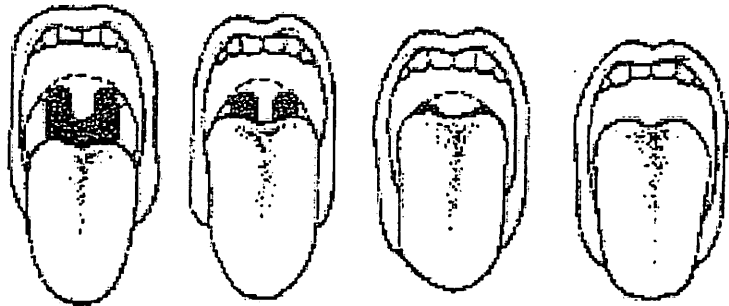
¿Usted tiene algún problema medico nuevo desde la ultima vez que visito el centro de sueno? _____

Date of visit _____ wt _____ wt% _____ ht _____ ht% _____ neck size _____

VS

RR _____ P _____ BP _____ O2Sat _____

HEENT _____



Mallampati score

Neck _____	Class 1	Class 2	Class 3	Class 4
Chest _____				
CV _____				
Abd _____				
Neuro _____				
		Pulses _____		
		Ext _____		