



**GH^rJ-B79BHfG'A98-75@79BH9F - CENTRO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO
ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH**

SU SEXO:

masculino

femenino

¿Qué probabilidad hay de que se adormile o se quede dormido(a) en las siguientes situaciones en comparación con sentirse simplemente cansado(a)? Esto se refiere a su forma de vida habitual en estos últimos tiempos. Aunque recientemente no haya realizado alguna de estas actividades, intente pensar la forma en que le afectarían. Use la escala a continuación para seleccionar el número más apropiado para cada situación:

- 0 = nunca se adormilaría ni dormiría
- 1 = escasa posibilidad de adormilarse o de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de adormilarse o de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de adormilarse o dormirse

<u>Situación</u>	<u>Posibilidad de dormirse</u>
1. Sentado(a) y leyendo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2. Viendo la TV	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. Sentado, inactivo(a) en un lugar público (por ej. un teatro, una reunión o un parque)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4. Como pasajero en un automóvil durante un viaje de una hora seguida	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. Recostado(a) para descansar por la tarde si las circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
6. Sentado(a) y hablando con alguien	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
7. Sentado(a) en silencio después de un almuerzo sin alcohol	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
8. En un automóvil, mientras está detenido(a) en un semáforo por unos minutos	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____