



**Epworth Sleepiness Scale
(SPANISH)
Escala de Somnolencia de Epworth**

Name (Nombre): _____

Date (Fecha): _____ Time (Hora): _____ Age (Edad): _____

¿Qué posibilidad hay de que usted se sienta somnoliento o se duerma en las siguientes situaciones, a diferencia de sólo sentirse cansado? Esto se refiere a su vida diaria actual. Aún si usted no ha realizado ninguna de estas actividades recientemente, trate de responder cómo éstas le habrían afectado. **Evalúe la posibilidad de quedarse dormido en cada situación.**

Seleccione sólo una respuesta para cada situación.

Situación	Posibilidad de Dormirse	Situación	Posibilidad de Dormirse
Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Leve posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Moderada posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Alta posibilidad de dormirse	Acostado, descansando en la	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Leve posibilidad de <input type="checkbox"/> Moderada posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Alta posibilidad de dormirse
Viendo	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Leve posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Moderada posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Alta posibilidad de dormirse	Sentado y hablando con alguien	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Leve posibilidad de <input type="checkbox"/> Moderada posibilidad de <input type="checkbox"/> Alta posibilidad de dormirse
Sentado e inactivo en un lugar público (ej.: teatro o reunión)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Leve posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Moderada posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Alta posibilidad de dormirse	Sentado, tranquilo después de una comida sin alcohol	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Leve posibilidad de <input type="checkbox"/> Moderada posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Alta posibilidad de dormirse
Como pasajero en un auto por una hora sin parar	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Leve posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Moderada posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Alta posibilidad de dormirse	En un auto mientras se detiene unos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Leve posibilidad de <input type="checkbox"/> Moderada posibilidad de dormirse <input type="checkbox"/> Alta posibilidad de dormirse

Score (Puntaje): _____

20.0017



Olathe Medical Center
20333 West 151st Street
Olathe, Kansas 66061

**EPWORTH SLEEPINESS
SCALE**

Page 1 of 1

3.8.2013; Resp.
Spanish posted
6.23.2016

O.M.C. No. 2072

PLACE
PATIENT LABEL
HERE