



571781

**HARTFORD HOSPITAL – SLEEP DISORDER CENTER
 THE EPWORTH SLEEPINESS SCALE**

YOUR SEX:

Male

Female

How likely are you to doze off or fall asleep in the following situations, in contrast to feeling just tired? This refers to your usual way of life in recent times. Even if you have not done some of these things recently, try to work out how they would affect you. Use the following scale to circle the most appropriate number for each situation:

- 0 = would never doze or fall asleep
- 1 = slight chance of dozing or falling asleep
- 2 = moderate chance of dozing or falling asleep
- 3 = high chance of dozing or falling asleep

Situation

Chance of dozing

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Sitting and reading | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. Watching TV | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. Sitting, inactive in a public place (e.g. a theater, a meeting, or a park) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. As a passenger in a car for an hour without a break | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. Lying down to rest in the afternoon when circumstance permit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 6. Sitting and talking to someone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. Sitting quietly after a lunch without alcohol | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. In a car, while stopped for a few minutes in traffic | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Patient Signature: _____

Date: _____



571781

HARTFORD HOSPITAL - 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

Situación

Posibilidad de dormirse

- | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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: _____