



SNOT-20



Sino-Nasal Outcome Test (SNOT-20)

Este cuestionario es para ayudarle a definir sus sintomas y para proveer ideas e informacion valiosa a su doctor. Favor de llenar este cuestionario calificando sus sintomas y problemas que ha tenido durante las ultimas 2 semanas

1. Evalúe la severidad y frecuencia que usted padece de los síntomas y clasifíquelos con la severidad según corresponda. 2. Del 0 al 5, siendo el 5 el más severo y favor de elegir 5 de los síntomas que más afectan su salud.	No hay problema	Un problema muy leve	Problema leve	Problema moderado	Problema grave	Problema tan grave como puede ser	5 Artículos más importantes
1. Necesita de soplar su nariz	0	1	2	3	4	5	0
2. Estornudar	0	1	2	3	4	5	0
3. Escurrenmento nasal	0	1	2	3	4	5	0
4. Tos	0	1	2	3	4	5	0
5. Escurrenmento post nasal	0	1	2	3	4	5	0
6. Escurrenmento grueso	0	1	2	3	4	5	0
7. Oídos Tapados	0	1	2	3	4	5	0
8. Mareos	0	1	2	3	4	5	0
9. Dolor de oídos	0	1	2	3	4	5	0
10. Dolor y presión facial	0	1	2	3	4	5	0
11. Dificultad para dormirse	0	1	2	3	4	5	0
12. Levantarse en la noche	0	1	2	3	4	5	0
13. Falta de sueño	0	1	2	3	4	5	0
14. Levantarse cansado/a	0	1	2	3	4	5	0
15. Fatigado/a	0	1	2	3	4	5	0
16. Menor productividad	0	1	2	3	4	5	0
17. Concentración reducida	0	1	2	3	4	5	0
18. Frustración/irritable/inquietud	0	1	2	3	4	5	0
19. Tristesa	0	1	2	3	4	5	0
20. Avergonzado/a	0	1	2	3	4	5	0

PATIENT INFORMATION

NAME _____
 PHONE _____
 EMAIL _____
 DATE _____

Total score ____/100

LOS ANGELES CENTER FOR EAR, NOSE, THROAT AND ALLERGY

1700 E CESAR E CHAVEZ AVE, SUITE 2500

LOS ANGELES, CA 90033

Phone: (323) 268-6731 Web: www.laentdoctors.com