



LOS ANGELES CENTER FOR EAR, NOSE, THROAT AND ALLERGY

SNOT-20

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

Evalue la severidad y frecuencia que usted padece de los síntomas y clasifíquelos con la severidad según corresponda.						
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
1. Necesidad de soplar su nariz	0	1	2	3	4	5
2. Estornudar	0	1	2	3	4	5
3. Escorrimento nasal	0	1	2	3	4	5
4. Tos	0	1	2	3	4	5
5. Escorrimento Post Nasal	0	1	2	3	4	5
6. Escorrimento grueso	0	1	2	3	4	5
7. Oídos Tapados	0	1	2	3	4	5
8. Mareos	0	1	2	3	4	5
9. Dolor de Oídos	0	1	2	3	4	5
10. Dolor y Presión Facial	0	1	2	3	4	5
11. Dificultad para Dormirse	0	1	2	3	4	5
12. Levantarse en la Noche	0	1	2	3	4	5
13. Falta de Sueño	0	1	2	3	4	5
14. Levantarse cansado/a	0	1	2	3	4	5
15. Fatigado/a	0	1	2	3	4	5
16. Menor Productividad	0	1	2	3	4	5
17. Concentración reducida	0	1	2	3	4	5
18. Frustración/irritable/inquietud	0	1	2	3	4	5
19. Tristeza	0	1	2	3	4	5
20. Avergonzado/a	0	1	2	3	4	5

Nombre _____

Email _____

Teléfono _____

Fecha _____

Total score ____/100