



SLEEP CENTER PRE-TEST QUESTIONNAIRE - SPANISH

Patient Label

Estas preguntas son necesarias para que el médico evalúe su prueba y deben ser llenadas antes de su cita. Si usted no está seguro como contestar una pregunta pueden hablar con el técnico en el momento de su prueba. No cambie su rutina normal o haga cualquier ajuste en medicaciones que usted ha estado usando para sedación, sueño o mantener el desvelo. Por favor no consuma alcohol o cafeína durante el día de su prueba.

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELEFONO: _____

Contacto de Emergencia: _____ TELEFONO: _____

Doctor Remitente: _____ TELEFONO: _____

Razón por el Estudio: _____

Occupacion del paciente: _____ Horario: Dia Tarde Noche Horas Rotantes

SEXO _____ ESTATURA ____ pies ____ pulgadas PESO ____ libras TAMAÑO DEL CUELLO ____ pulgadas

LO QUE ERA SU PESO: hace 6 meses _____ hace 2 años _____ a los 20 años _____

Que es lo que más ha pesado _____?

CONDICIONES MÉDICAS (indique si presente):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Congestion Cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Asimientos | <input type="checkbox"/> Problemas de Estómago |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Obesidad (Poca/Mod./Severa) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstruccionista Obsesiva | <input type="checkbox"/> Septum Desviado | |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | | |
- Otro _____

MEDICACIONES (usado dentro de los seis (6) meses pasados):

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Frecuencia: _____

Dosis: _____

Use el lado reverse para medicaciones adicionales:

ALERGIAS _____

1. ¿Ha tenido alguna vez usted un Estudio de Sueño? Sí _____ NO _____

¿Si sí, dónde y cuando fue realizado? _____

2. ¿En qué posiciones tiende a dormir usted?

derecha _____ izquierda _____ espalda _____ estómago _____

3. ¿Con cuántas almohadas duerme usted? 1 _____ 2 _____ 3 _____ Más _____



SLEEP CENTER PRE-TEST QUESTIONNAIRE - SPANISH

Patient Label

4. ¿Usa usted alguna ayuda de respiración para el sueño? Sí ____ NO ____
 a. ¿Usa usted un CPAP o BIPAP máquina que respira cuándo usted duerme? Sí ____ NO ____
 b. ¿Si sí, cuál es el ajuste? _____
 *CPAP- Dispositivo de presión positiva continua para las vías respiratorias
5. Usted ha tenido problemas con : Sí ____ NO ____
 a. Congestión nasal Sí ____ NO ____
 b. Obstrucción nasal Sí ____ NO ____
 c. Descarga nasal Sí ____ NO ____
 d. Pólipos nasales Sí ____ NO ____
 e. Sinusitis Sí ____ NO ____
 f. Amígdalas Sí ____ NO ____
 g. Adenoides SI ____ NO ____
6. Alguna vez ha tenido usted cualquiera de las cirugías siguientes: Sí ____ NO ____
 a. Tonsilectomía Sí ____ NO ____
 b. Adenoidectomia Sí ____ NO ____
 c. Cirugía nasal Sí ____ NO ____
 d. Cirugía de sinusitis Sí ____ NO ____
 e. Cirugía de Cuerda vocal SI ____ NO ____

CUESTIONARIO DE PAREJA

Por favor marque la caja apropiada en cuanto a su relación con el paciente

EL/LA CÓNYUGE

COMPAÑERO DE HABITACIÓN

PADRE/MADRE

Por favor marque cuál de los comportamientos siguientes usted ha observado en el paciente mientras duerme.

Ronquidos Fuertes

Ronquidos Escasos

Movimiento involuntario de brazos y piernas

Se Contraen las piernas y los pies

Pausas de respiracion (10 segundos o más)

Moliendo los dientes

Habla cuando duerme

Caminar Dormido

Moja la cama

Sentado(a) en la cama mientras duerme

Mece o golpea la cabeza

Saliendo de cama mientras esta dormido

Muerde la lengua

Se hace rígido y/o se sacude

¿Desde hace cuánto ha sido consciente usted de estos comportamientos de sueño? _____

Por favor describa detalles adicionales de los comportamientos de sueño observados: _____



SLEEP CENTER EPWORTH SLEEPINESS SCALE - SPANISH

Patient Label

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Indique la probabilidad de que usted se quede dormido/a en las siguientes situaciones, en contraste con solamente sentirse cansado/a. Esto se refiere a su estado en actividades recientes. Hasta si no ha estado en estas situaciones recientemente, por favor conteste lo siguiente en base de sus experiencias pasadas.

Use la escala siguiente para escoger el numero mas apropiado para cada situación:

0.....Nunca me da sueño

1.....Ocasión leve de sueño

2.....Cambio moderado de sueño

3.....Alta ocasión de sueño

****PACIENTE** (por favor complete)**

SITUACIÓN	0	1	2	3
Sentado leyendo				
Viendo TV				
Sentado, inactivo, en un lugar público				
Pasajero en un coche por una hora sin parar				
Al acostarse a descansar en la tarde				
Al sentarse y hablar con alguien				
Al sentarse callado después de almuerzo sin alcohol				
En un coche, mientras que está parado por pocos minutos en tráfico				



SLEEP CENTER SLEEP DIARY - SPANISH

Patient Label

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

El objetivo de este formulario es informarnos de sus hábitos de sueño típicos. Por favor comience a llenarlo diariamente, una semana antes de su estudio de sueño previsto. Si su estudio es menos de una semana de distancia, dénos tantos días como usted pueda. Este nos ayudará en el diagnóstico de su condición.

Complete los espacios de la caja de arriba cada tarde antes de ir a dormir, y complete los espacios de la caja de abajo cada mañana cuando usted despierte. Si hay un acontecimiento extraño durante una noche dada (p.ej: enfermedad, emergencia, llamadas telefónicas) haga una nota en la fila de "los Acontecimientos Extraños".

- ¿Es usted un trabajador de cambio? Si No ¿Si sí, qué horas trabaja ud? _____
- Con Cuántas almohadas duerme por lo general usted? _____

FECHA	Ejemplo 9/30								
Horarios de siesta si tiene alguno	11am 3pm								
Tiempo de la siesta	15min 1 hr								
Medicamento o alcohol tomado como ayuda de sueño al acostarse (Si o No)	Si								
Hora de acostarse	11pm								

¿Cuanto demora para dormirse?	1 hras								
Tiempo de levantarse	6am								
Tiempo dormido acumulado	5hras								
¿Cuántas veces se despertó en la noche?	4								
Duración de cada tiempo despierto	5, 15, o 25 mins								
Cuando despierto, me siento: 1 = agotado – 5=restaurado	3								
Mi sueño anoche era: 1 = muy agitado – 5=bueno	2								
Acontecimientos Extraños	Llamada telefónica en el 1am								