

Acreditado por la Academia de Medicina del Sueño

Sergio R. Alvarez MD, ABSM, FACC, FACCP*
*Board Certificated Sleep Specialist

Kristyna M. Hartse, Ph.D., D.,A.B.S.M.*
*Board Certificated Sleep Specialist

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Medico Que Lo Recomendó: _____ Peso: _____ Altura: _____

Tamaño Del Cuello: _____ BMI: _____ Fecha De Hoy: _____

¿Que problemas tiene para dormir? _____

HABITOS PARA DORMIR

1. ¿A que hora se va a dormir? _____ am / pm
2. ¿Por lo general a que hora despierta? _____ am / pm
3. ¿Aproximadamente cuantas horas cree que duerme? _____ horas
4. ¿Cuanto dura para quedarse dormido? _____ minutos
5. ¿Cuantas veces despierta durante la noche?
(marque una) Muy raro 3 or menos veces Frecuentemente
6. ¿Le han dicho otras personas que ronca fuerte? si no
¿Cuantos años hace que se dio cuenta que roncaba fuerte? _____ años
7. ¿Le han dicho que detiene la respiración cuando está dormido? si no
¿Cuantos años hace que notó esto? _____ años
8. ¿Despierta en la noche con la sensación de que se está ahogando? si no
9. ¿Le han dicho que sus brazos y piernas se estremecen cuando esta dormido? si no

SINTOMAS Y QUEJAS DURANTE EL DIA

10. ¿Cual de estas palabras describe mejor el nivel de FATIGA que tuvo durante el ultimo mes?

- Nada Casi nada Moderado Severao Muy severo

El Paso TX - West

2311 North Mesa Bldg. E
El Paso, TX 79902
Ph 915-533-8499
Fx 915-544-4929

El Paso TX - East

1400 George Dieter Ste. 210
El Paso, TX 79936
Ph 915-533-8499
Fx 915-921-9703

Las Cruces NM

1240 S. Telshor Blvd. Ste. B
Las cruces, NM 88011
Ph 575-522-3885
Fx 575-522-3895
Toll Free 877-525-3885

Alamogordo NM

2010 Pecan Dr.
Alamogordo, NM 88310
Ph 575-522-3885
Fx 575-522-3895
Toll Free 877-525-3885

Deming NM

500 E. Walnut St.
Deming, NM 88030
Ph 575-522-3885
Fx 575-522-3895
Toll Free 877-525-3885

¿Cual de estas palabras describe mejor el nivel de SUEÑO que tuvo durante el dia en el último mes?

- Nada Casi nada Moderado Severo Muy severo

11. ¿Cuanto hace que el SUEÑO durante el dia se hizo un problema para usted?

_____ años

12. ¿Se siente descansado cuando despierta?

si no

13. ¿Por lo general toma siestas durante el dia?

si no

14. ¿Durante el mes pasado, cuanto interfirió la somnolencia en el desempeño de sus actividades normales? (incluyendo en su trabajo y/o actividades en su casa)

- Nada Muy Raro Algunas Veces Frecuentemente Siempre

15. ¿Durante el mes pasado, la somnolencia interfirió con sus actividades sociales normales, ya sea la familia, amigos, y otros grupos?

- Nada Muy Raro Algunas Veces Frecuentemente Siempre

16. ¿Ha sufrido un accidente o casi ha tenido un accidente debido al sueño?

si no

Favor de revisar el siguiente cuadro y analice la somnolencia en cada una de estas situaciones. Califique su evaluación marcando un numero de 0 a 3 puntos el cual describe cada situación y sume el total de sus contestaciones. Aunque usted no haya hecho alguna de estas cosas recientemente, trate de pensar como le afectaría a usted.

0 puntos = Nunca me quedaria dormido (a)

2 puntos = Es posible quedarme dormido (a)

1 puntos = A lo mejor me quedaria dormido (a)

3 puntos = Muy posible quedarme dormido (a)

SITUATION

A. Sentado(a) y Leyendo	0	1	2	3
B. Viendo Televisión	0	1	2	3
C. Sentado(a), inactivo(a) en un lugar público, (ej. El teatro, una junta)	0	1	2	3
D. Como pasajero(a) en un carro por una hora sin parar	0	1	2	3
E. Acostado(a) en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
F. Sentado(a) y hablando con alguien	0	1	2	3
G. Sentado(a) tranquilamente despues de comer	0	1	2	3
H. En el carro, cuando se detiene por unos minutos debido al tráfico	0	1	2	3
Total:				

17. Cuando esta enojado(a), riendo, o asustado(a) se siente debil como si fuera a caer?

si no

CUANDO SE DUERME O ANTES DE QUE DESPIERTE:

18. ¿Tiene sueños raros?

si no

19. ¿Se siente paralizado?

si no

¿SUS PIERNAS NO LO DEJAN DORMIR DE NOCHE?

20. 4 SIGNOS CLAVE SOBRE LO QUE DEBE HABLAR CON SU MEDICO:

¿Siente a veces la necesidad imperiosa de mover las piernas, a menudo acompañada de sensaciones molestas en las piernas?

si no

¿Siente un alivio al menos momentáneamente, de esta necesidad o de éstas sensaciones en las piernas cuando se mueve?

si no

¿Estos síntomas en las piernas comienzan o empeoran cuando descansa o esta inactivo?

si no

¿Estos síntomas en las piernas empeoran por la tarde o en la noche?

si no

21. Información adicional para ayudar a entender sus síntomas:

¿Tiene problemas para quedarse dormido o para seguir durmiendo?

si no

¿Algún miembro de su familia tiene alguno de los síntomas descritos previamente?

si no

¿Su pareja se queja porque usted pateo o sacude las piernas mientras duerme?

si no

22. ¿Como describiría las sensaciones que tiene en las piernas?

(Marque todas las que correspondan)

Algo le camina

Algo le trepa

Hormiguéo

Dolor leve

Ardor

Tironéo

Dolor más fuerte

Picazón

Otra: _____

¿Con que frecuencia tiene estos síntomas por mes? _____

¿DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS PREVIOS POR ENFERMEDAD DEL SUEÑO?

23. ¿Tiene algún diagnostico previo por enfermedad del sueño?

si no

Si la respuesta es "Si" favor de explicar: _____

24. ¿Ha tenido alguna cirugía debido al problema de sueño?

si no

¿Si la respuesta es "Si", que se le hizo y cuando fue hecha? _____

25. ¿Usa oxígeno cuando duerme?

si no

26. ¿Usa CPAP nasal o BIPAP para apnea del sueño?

si no

¿Si la respuesta es "si" que nivel de presión usa? _____ cm of H₂O

27. ¿Siente alguna diferencia cuando usa CPAP?

si no

¿Si la respuesta es "si" en que manera? _____

HISTORIAL MEDICO PREVIO

28. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas? (favor de marcar el que corresponda)

Amigdalectomía

Enfermedad obstructiva crónica del pulmón (COPD, Enfisema)

Insuficiencia cardiaca

Asma

Alta presión

Enfermedad de la tiroides

Sinusitis

Dolor de pecho/infarto

Tratamiento por depresión

Diabetes

29. Enumere cualquier otro problema médico o enfermedades que haya tenido en el pasado y que no haya mencionado.

30. Enumere cualquier alergia a medicamentos.

31. Enumere todos los MEDICAMENTOS que esté tomando ahora. Así como medicinas con receta y sin receta incluyendo remedios para dormir

HISTORIA SOCIAL

32. ¿Toma bebidas alcohólicas?

sí no

Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto al día?

(una onza (oz) es aproximadamente igual a una cerveza/vino)

2 oz. o menos 2-4 oz. Más de 4 oz.

33. ¿Toma bebidas con cafeína?

sí no

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos vasos, tazas o botes de cada uno?

Café _____ Té _____ Cola/Sodas _____

34. ¿Ha subido de peso desde el año pasado?

sí no

Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto? _____ libras

35. ¿Alguien en su familia tiene problemas similares del sueño?

sí no

36. ¿Cuál es su ocupación? _____

37. ¿Cuáles son sus horas de trabajo? _____

38. ¿Favor de usar el siguiente espacio para mencionar cualquier otra información relacionada con alguna queja médica o de sueño.
