



HOJA DE INSTRUCCIONES DEL ESTUDIO DEL SUEÑO DEL PACIENTE

Un estudio del sueño durante la noche ha sido programado para _____ El día _____. Debe estar en la oficina del Tampa Bay Sleep Center a la _____.

Nuestra dirección es 2810 W. Waters Avenue, Tampa FL 33614.

Nuestro número de teléfono es 813-935-5501.

Aunque haremos todo lo posible para comunicarnos con usted para confirmar la fecha y hora del estudio del sueño, usted debe llamarnos al 813-935-5501 por lo menos 24 horas antes de su estudio del sueño si va a llegar tarde o si tiene que cancelar su cita. Si usted por alguna razón pierde su cita o no la cancela con 24 horas de anticipación, Tampa Bay Sleep Center se reserva el derecho de cobrarle una cuota de cancelación de \$100 que no va a ser cubierta por su seguro.

Nosotros contactaremos a su seguro para obtener una pre-autorización para su estudio del sueño. Le recomendamos que llame a su compañía de seguro para asegurarse que su estudio del sueño ha sido pre-autorizado. Si tiene alguna pregunta con respecto a su seguro o para hacer convenios de pago, por favor contacte a nuestra oficina.

Su seguridad es muy importante para nosotros. Si usted está experimentando cualquier somnolencia como resultado de problemas de sueño, por favor tenga a alguien que lo pueda traer y buscarlo a su estudio del sueño. Sin embargo, a los familiares no se les permite pasar la noche, excepto en circunstancias especiales que hayan sido aprobadas por el médico.



Cuando usted llegue a su estudio del sueño, se le mostrara un video corto y todos los equipos y materiales que van a ser usados para su estudio. Cualquier pregunta que tenga va a ser respondida por el tecnico. El estudio de los electrodos y equipos de prueba comenzaran, y se le permitirá relajarse antes de irse a dormir.

El estudio comenzara alrededor de las 11:00 pm. La television y todos los objetos electronicos deben ser apagados en este momento.

Usted sera dado de alta el siguiente día a las 6:00 am.

El día del estudio por favor siga las siguientes instrucciones:

1. No tome ninguna siesta el día de su estudio.
2. No tome o consuma ningun product que contenga cafeina(café, te, chocolate)
3. Comer una comida normal antes de venir al laboratorio. Usted puede traer sus propios bocadillos y bebidas(sin cafeina) si asi lo desea, nosotros no ofrecemos ningun tipo de bocadillos o bebidas.
4. Tome sus medicamentos como regularmente lo hace, a menos que el doctor le indique lo contrario. Asegurese de traer todos sus medicamentos necesarios. **El laboratorio no ofrece ningun tipo de medicamentos.**
5. No traiga ningun tipo de objetos valiosos como una computadora portatil ya que **el laboratorio no ofrece coneccion de internet.**
6. Su cabello y piel tienen que estar limpias y secas. Por favor no use ningun tipo de cremas hidratantes, aceites para la piel y productos del cabello.



REGISTRACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL
PACIENTE: _____

DIRECCION
RESIDENCIAL: _____

DIRECCION POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO _____ NUMERO DE EMERGENCIA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEGURO SOCIAL _____

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN PODEMOS LLAMAR _____

INFORMACION DE TRABAJO

NOMBRE DE COMPANIA _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

INFORMACION DEL ASEGURADO

MEDICAID _____ MEDICARE _____

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO _____

HMO _____ PPO _____ NUMERO DE GRUPO _____

NUMERO DE IDENTIFICACION _____

SI EL ASEGURADO ES ESPOSA, ESPOSO, PADRE O MADRE FAVOR DE DARNOS

EL NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO _____



Questionario del sueno

Informacion del paciente

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Raza _____

Estatura _____ Peso _____ Tamano del Cuello _____

Doctor Primario _____ Doctor Referido _____

Si su doctor no lo envio a nosotros, como usted se entero de nuestra practica?

Problemas de sueno (Por favor marque todos los que apliquen)

___ Ronca ___ Para de respirar cuando duerme

___ Dificultad para quedarse dormido ___ Dificultad para permanecer dormido

___ Cansado durante el dia ___ Habla, Camina o pateo mientras duerme

___ Dolores de cabeza en las mananas ___ Otro

Por favor describa sus problemas de sueno _____

Habitos generales

1. Describa su horario de trabajo _____

2. Si trabaja en un horario especifico, mantiene usted el mismo horario durante sus dias de descanso? _____

3. Que cantidad de café o te usted toma durante el dia? _____
4. Fuma?_____ Cuanto?_____
5. Toma bebidas alcoholicas?_____ Cuanto y cuando?_____
6. Hace ejercicios?_____ Cuanto and cuando?_____

Habitos al dormir

1. A que hora se duerme en dias de trabajo?_____ dias libres?_____
2. A que hora se despierta en dias de trabajo?_____ dias libres?_____
3. Cuanto tiempo usted piensa que duerme?_____
4. Toma usted siestas?_____ Cuando y por cuanto tiempo?_____
5. Se siente descansado despues de tomar una siesta?_____
6. Tienen usted un companero de cama que lo observa dormir?____ si lo tiene, que han observado?_____
7. Cuanto tiempo le toma quedarse dormido?_____
8. Toma medicamentos o alcohol para poder dormir?____ Cuanto and cada cuanto tiempo?_____
9. Siente usted la urgencia de mover sus piernas o pies?_____
10. Si respondio "SI" en la pregunta #8, caminando o estirandose lo ayuda?____
11. Nota usted alguno de los siguientes sintomas cuando trata de dormirse:
 - *Anxiedad, preocupacion o pensamientos malos ___Yes ___No
 - *Dificultad para respirar ___Yes ___No
 - *Dolor ___Yes ___No
 - *Escucha o ve cosas que no existen ___Yes ___No
12. Presenta usted alguno de los siguientes:
 - *Ronca ___Yes ___No
 - *Para de respirar ___Yes ___No
 - *Rechina los dientes ___Yes ___No
 - *Camina, Habla o Come dormido ___Yes ___No

- *Patea o mueve las piernas bruscamente ___Yes ___No
- *Actua sus suenos dormido ___Yes ___No
- *Se despierta en medio de la noche ___Yes ___No
- *Usa el bano muchas veces en la noche ___Yes ___No
- *Irritabilidad ___Yes ___No
- *Perdida de la memoria ___Yes ___No
- *Dificultad para concentrarse ___Yes ___No
- *Boca seca cuando despierta ___Yes ___No
- *Suda durante la noche ___Yes ___No
- *Se mueve mucho mientras duerme ___Yes ___No

13. Como se siente cuando se despierta en la manana? _____

14. Cada cuanto los problemas de sueno le afectan su vida? _____

15. Ha sentido que no se puede mover por un corto periodo de tiempo cuando se despierta en la manana? _____

16. Cuando se rie, se sorprende o esta molesto,siente debilidad? _____

Historia familiar y de salud

1. Alguien en su familia padece de algun desorden del sueno(Apnea del sueno, narcolepsia, síndrome de las piernas inquietas, trastorno del moviento de las extremidades, insomnio)_____si la respuesta es "SI", quien lo tiene y que desorden?_____
2. Ha tenido usted alguna ves alguna lesion en la cabeza, ataque isquemico o infarto?_____
3. Tuvo algún problema de sueño cuando era nino?_____ Si la respuesta es "SI" explique_____

4. Se ha sentido usted depresivo, ansioso o preocupado mas de lo normal en el ultimo mes? ____ si la respuesta es "SI" explique _____

5. Por favor explique todos sus problemas de salud

6. Por favor mencione todas las sirugias que ha tenido

7. Solo para mujeres- esta usted en la etapa pre-menopáusica o post-menopausica? _____

8. Ha sido usted diagnosticado con un desorden del sueno? _____
Cuando y donde? _____

9. Esta usted bajo un tratamiento o terapia de CPAP? _____ Si la respuesta es "SI" Describa _____

Escala de Somnolencia de Epworth

Nombre _____ Fecha _____ Su edad : _____ (yr)

Su sexo: masculino _____ femenino _____

¿Qué tan probable es que se quede dormido(a) en las situaciones descritas a continuación, en comparación con sentirse simplemente cansado?

Esto se refiere a su forma de vida habitual en estos últimos tiempos.

Incluso si usted no ha hecho algunas de estas actividades recientemente trate de descifrar cómo le afectarían a usted.

Utilice la escala siguiente para escoger el número más apropiado para cada situación.

- 0 - Nunca me quedaria dormido
- 1 - Escasa posibilidad de quedarme dormido
- 2 - Moderada posibilidad de quedarme dormido
- 3 - Alta probabilidad de quedarme dormido

- _____ Sentado y leyendo.
- _____ Viendo la televisión.
- _____ Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunion, o un parque.
- _____ Como pasajero en el auto, en un viaje por mas de una hora sin paradas.
- _____ Recostado para descansar por la tarde si las circunstancias lo permiten.
- _____ Sentado y hablado con alguien.
- _____ Sentado en silencio después de un almuerzo sin alcohol.
- _____ Manejando en el tráfico, mientras se detiene el auto por unos minutos.

Total _____