SONNO SLEEP CENTER
Diagnosis & Treatment of Sleep Disorders

HISTORIA DEL SUEÑO

Sergio R. Alvarez M.D., F.A.C.C., F.A.C.C.P.
Genevieve M. Belgrave M.D.

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

Medico Que Lo Recomendo: _____ Peso: _____ Altura: _____

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

Que problemas tiene para dormir? _____

_____ Fecha de la prueba: _____

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 vesces despierta durante la noche?
   (marque una) ❑ Muy raro ❑ 3 o menos veces ❑ Frecuentamente
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 dormindo? ❑ 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 está dormido? ❑ Si ❑ No

SINTOMAS Y QUEJAS DURANTE EL DIA

10. Favor de contestar las siguientes con el entendimiento de que FATIGA quiere decir que se siente muy agotado y somnoliento que quiere decir “necesita dormir o quedarse dormido”

    Cual de estas palabras describe mejor el nivel de FATIGA que tuvo el mes passado durante el dia?

    ❑ Nada ❑ Casi Nada ❑ Moderado ❑ Severo ❑ Muy Severo

    Cual de estas palabras describe mejor el nivel de SOMNOLENCIA que tuvo el mes pasado durante el dia?

    ❑ Nada ❑ Casi Nada ❑ Moderado ❑ Severo ❑ Muy Severo

11. Cuanto hace que la somnolencia duranta el dia se hizo problema para usted? _____ años

12. Se siente descansado cuando despierte? ❑ Si ❑ No

13. Por lo general toma siestas durante el dia? ❑ Si ❑ No

14. Durante el mes pasado, cuanto interfinó 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 interfinó con sus actividades sociales normales, ya sea la familia, amigos, y otros groupos?

❑ Nada ❑ Muy Raro ❑ Algunas Veces ❑ Frecuentemente ❑ Siempre

16. Ha sufrido un accidente o casi ha tenido un accidente debido a la somnolencia? ❑ Si ❑ No

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

0 puntos = Nunca me quedaria dormido (a)
1 punto = A lo mejor me quedaria dormido (a)
2 puntos = Es posible quedarme dormido (a)
3 puntos = Muy posible quedarma dormido (a)

SITUACIÓN				
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 circumstancias lo promitten	0	1	2	3
F. Sentado (a) y hablando con alguien	0	1	2	3
G. Sentado (a) tranquilamente después de comer	0	1	2	3
H. En el carro, cuando se detiene por unos minutos debido al tráfico	0	1	2	3
Totals:				

18. Cuando está enojado (a), riendo, o asustado (a) se siente débil como si se fuera a caer? ❑ Si ❑ No

Cuando se duerme o antes de que despierte:

19. Tiene sueños raros? ❑ Si ❑ No

20. Se siente paralizado? ❑ Si ❑ No

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS PREVIOS POR ENFERMEDAD DEL SUEÑO

21. Tiene algún diagnóstico previo por enfermedad del sueño? ❑ Si ❑ No
    Si la respuesta es “si” favor de explicar: _____

    _____

22. Ha tenido alguna cirugia debido al problema de sueño? ❑ Si ❑ No
    Si la respuesta es “si”, que se le hizo y cuando fue hecho? _____

    _____

23. Usa oxigeno cuando duerme? ❑ Si ❑ No

24. Usa CPAP nasal o BIPAP para apnea del sueño? ❑ Si ❑ No
    Si la respuesta es “si”, que nivel de presión usa? _____ cm of H^2O

25. Siente alguna diferencia cuando usa CPAP? ❑ Si ❑ No
    Si la respuesta es “si”, de que manera? _____

    _____

HISTORIAL MEDICO PREVIO

26. Ha tenido alguno de los siguientes problemas? (favor de marcar al que corresponda)

❑ Amigdalectomia	❑ Enfermedad obstructiva crónica del pulmón (COPD, Enfisema)	❑ Insuficiencia cardiaca
❑ Asma	❑ Alta presión	❑ Enfermedad de la tiroides
❑ Sinusitis	❑ Dolor de pecho / infarto	❑ Tratamiento por depresión

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

    _____

    _____

    _____

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

    _____

    _____

    _____

29. Enumere cualquier medicina para la alergia que esté tomando.

    _____

    _____

    _____

HISTORIAL SOCIAL

30. Toma bebidas alcohólicas? ❑ Si ❑ No

    Si la respuesta es “si”, que tanto por dia?
    (una onza (oz), de alcohol es aprozimadamente igual a una de cerveza / vino)

    ❑ 2 oz. O menos ❑ 2-4 oz. ❑ Más de 4 oz.

31. Toma bebidas con cafeina? ❑ Si ❑ No

    Si la respuesta es “si” , cuantos vasos, tasas o botes de cada uno?

    Café _____ Té _____ Cola / Sodas _____

32. Ha subido de peso desde el año pasado? ❑ Si ❑ No

    Si la respuesta es “si”, cuanto? _____ Libras

33. Alguno de su familia tiene problemas similares de sueño? ❑ Si ❑ No

34. Cual es su ocupación? _____

35. Cuales son sus horas de trabajo? _____

36. Favor de usar el siguiente espacio para mencionar cualquier otra información relacionada con alguna queja de carácter o de sueño.

_____

_____

_____

_____

_____

_____