



**Cardio-Respiratory Pre-Nap Questionnaire
(SPANISH)**

Cuestionario Cardio-Respiratorio antes de dormirse

Last Name (Apellido): _____	Name (Nombre): _____	DOB (Fecha de Nacimiento): _____	Age (Edad): _____
Today's Date (Fecha de hoy): _____		SSN (Número del Seguro Social): _____	Sex (Sexo): _____ Height (Altura): _____
		(Race) Raza: _____	Weight (Peso): _____

Usé mi máquina CPAP/BiPAP por _____ horas anoche

La presión actual de mi CPAP/BiPAP es de _____ cm de agua.

Por favor marque cualquiera de los problemas que le impiden tolerar la terapia CPAP / BiPAP:

- Incomodidad de la Máscara Problemas al exhalar La Presión se siente demasiado alta o baja
 Ansiedad Otro: _____

Estado actual: Complete esta sección el día de su estudio

¿A qué hora se acostó anoche? _____ ¿A qué hora se despertó esta mañana? _____

Si tomó siestas el día de hoy, ¿a qué hora y por cuánto tiempo? _____

¿Siente dolor hoy? No Sí: _____

Alergias

¿Es usted alérgico (a) al tape o las cintas adhesivas? No Sí ¿Es alérgico al Latex? No Sí

Por favor escriba abajo cualquier otra alergia que padezca:

Dieta y Medicinas

Número aproximado de bebidas con cafeína y alimentos (chocolates) que ingiere por semana: _____

Medicamentos: Favor de escribirlos todos abajo:

20.0019



Olathe Medical Center
20333 West 151st Street
Olathe, Kansas 66061

**CARDIO-RESPIRATORY PRE
NAP QUESTIONNAIRE**

Page 1 of 1

6.30.2015;RESP;ca
Spanish posted
6.23.2016

O.M.C. No. 2110

PLACE
PATIENT LABEL
HERE