

Cuestionario del Estudio del Sueño



Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Fecha de hoy: _____ SSN: _____ Sexo: _____ Altura: _____
Raza: _____ Peso: _____

Por favor describa su problema del sueño o la razón por la cual su médico solicitó un estudio del sueño

¿Ha tenido un estudio del sueño antes? Sí | No Si su respuesta es sí, ¿cuándo y dónde? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

Por favor escriba cualquier tratamiento, terapia o medicamentos que está utilizando actualmente para tratar su problema del sueño (medicamentos, estimulantes, pastillas para dormir, terapia CPAP o Bi-PAP, aparatos dentales, etc.)

Estado Actual: Complete esta sección el día de su estudio

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

En caso de haber tomado siestas el día de hoy, ¿a qué hora y por cuánto tiempo? _____

¿Tiene congestión nasal, gripa o tos? _____

Si el día de hoy siente dolor o molestia, por favor descríbalos a continuación:

Historial Médico en General – Por favor marque lo que le corresponda:

20.0019



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

**SLEEP HISTORY
QUESTIONNAIRE**
SLEEP DISORDERS CENTER

Page 1 of 2

4.2.2013; Resp.
Spanish Posted
4.10.2016

O.M.C. No. 2074

PLACE
PATIENT LABEL
HERE



Presión arterial alta		Enfisema		Tabique desviado	
Reflujo de acidez		Falta de aire		Infección de sinusitis crónica	
Ataque al corazón		Dolor crónico / fatiga		Ansiedad / depresión	
Derrame cerebral		Fibromialgia		Lesión en la cabeza	
Diabetes (Tipo I ó II)		Cáncer			
Enfermedad del corazón		Anemia			
Asma		Insuficiencia renal			
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC		Problema de la tiroide			

Historial del Sueño—Por favor marque lo que le corresponda (es posible que desee consultar con su compañero(a) de cama)

Roncar		Claustrofobia	
Rechinar los dientes o apretar la mandíbula		Dormir con la cabeza elevada	
Dificultad para dormir (insomnio)		Incapaz de moverse cuando se despierta	
Despertar con falta de aire o jadeo		Debilidad repentina con acontecimientos emocionantes	
Siesta todos los días		Alucinaciones antes o después de dormir	
Despertar con un sabor estomacal amargo en la boca		Pesadillas constantes	
Piernas inquietas, frecuentes patadas en la noche		Dificultad para mantenerse despierto en el día	
Dormirse mientras maneja		Usar oxígeno suplementario, sólo por la noche	

Alergias

¿Es usted alérgico a la cinta adhesiva (tape)? _____ ¿Es usted alérgico al latex? _____

Por favor escriba cualquier otra alergia que tiene:

Dieta y Medicamentos

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

Número aproximado de bebidas alcohólicas por semana: _____
 ¿Utiliza o alguna vez ha utilizado productos de tabaco? _____ Cantidad diaria y número de años:

¿Utiliza o alguna vez ha

Medicamentos – Por favor escriba todos los medicamentos que toma:

20.0019

**SLEEP HISTORY
QUESTIONNAIRE**
SLEEP DISORDERS CENTER

Page 2 of 2

4.2.2013; Resp.
Spanish Posted
4.10.2016

O.M.C. No. 2074

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

PLACE
PATIENT LABEL
HERE