

**TO RETURN THE QUESTIONNAIRE:**

Fax to 413-787-5713 **OR**

Email to [nlw4@baystatehealth.org](mailto:nlw4@baystatehealth.org) (This is not HIPPA secure). Do not send other medical questions to this email **OR**

Sent back securely on the Baystate Health Portal using the following directions

1. Connect to your portal account at [mybaystatehealth.org](http://mybaystatehealth.org)
2. Create new message addressed to Karin G Johnson, Sleep Medicine or to your provider if known
3. Select all- Control A, Then Copy- Control C, then paste-Control V into message and Send

If you are not contacted within 2 business days to schedule your appointment or need help, please call 413-794-5600

**Followup Patient Sleep Questionnaire**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono preferido: #: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ (lb) Compañía de cuidado en el hogar: \_\_\_\_\_

Please estimate how likely you would be to **nod off or fall asleep** in the following scenarios **recently**:

**0 = Never 1 = Rarely 2 = Sometimes 3 = Frequently N/A = Not Applicable**

Sentado y leyendo

Viendo televisión

Sentado sin hacer nada en un lugar público (p. ej. un teatro)

Como pasajero en un carro después de una hora sin parar

Acostado para descansar por la tarde

Sentado y hablando con alguien

En un carro parado por unos pocos minutos debido al tránsito

Sentado tranquilamente después del almuerzo sin tomar alcohol

En un carro detenido por unos pocos minutos debido al tránsito

Puntuación total

Durante los **días de semana**, por lo general me voy a la cama a las \_\_\_\_\_ me despierto a las \_\_\_\_\_ y duermo \_\_\_\_\_ horas.

Durante los **fines de semana**, por lo general me voy a la cama a las \_\_\_\_\_ me despierto a las \_\_\_\_\_ y duermo \_\_\_\_\_ horas.

Por lo general me toma \_\_\_\_\_  minutos o  horas **quedarme dormido**.

Por lo general me despierto \_\_\_\_\_ veces **durante la noche** y me toma \_\_\_\_\_ minutos u horas **volver a quedarme dormido**.

Por lo general **voy al baño** \_\_\_\_\_ veces durante la noche.

Por lo general **tomo una siesta** de \_\_\_\_\_ (cantidad de tiempo) \_\_\_\_\_ veces por semana.

**¿Ha tenido algún cambio en sus medicamentos O algún problema médico nuevo?**

**¿Fuma tabaco?:**  Sí  No N° de cajetillas al día \_\_\_\_\_

¿Tuvo o actualmente tiene problemas para adaptarse al uso de CPAP/BiPAP?  Sí  No ¿Por qué?

- Irritación de la piel  Filtraciones  La máscara estaba muy ajustada  Piezas de la cabeza sueltas o incómodas
- Boca seca  Condensación en la manguera  La presión parece excesiva  La máquina es demasiado ruidosa
- La presión parece muy débil / no hay aire suficiente  No puedo exhalar con facilidad  El aire está demasiado frío  Otro: \_\_\_\_\_