

Baystate Regional Sleep Program

BAYSTATE MEDICAL CENTER

Centro de Neurodiagnóstico y Sueño Teléfono: 413-794-5600 Fax: 413-787-5713 Baystatehealth.com/sleep

Nuevo cuestionario de sueño del paciente *(New Patient Sleep Questionnaire – Spanish)*

(Infórmele al personal si ha llenado un cuestionario al ser evaluado en nuestra clínica del sueño o al realizarse un estudio del sueño en los últimos 6 meses, no es necesario que llene otro cuestionario. Basta indicarles si hubo algún cambio en los intervalos de las medicinas que está tomando o en su historial clínico).

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Médico que lo refiere: _____ Médico de atención primaria: _____

Seguro médico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Farmacia: _____ Número de teléfono preferido: _____

Compañía de cuidado en el hogar: Regional Reliable Apria Flynn's J&L Sleep Medicine Services
Sleep Management Solutions Otra _____

Edad: ____ Sexo: Mas/Fem Estatura: _____ (pulg) Peso: ____ (lb) Talla del cuello: _____ (pulg)

Correo electrónico: _____ ¿Está en el portal de pacientes de Baystate? Sí No

¿Por qué motivo lo refirieron a nuestros servicios? _____

¿Cuándo comenzaron sus síntomas/problemas de sueño? _____

En los pasados ____ años, he ganado perdido _____ libras de peso.

Haga una estimación de cuán probable es que **cabece o se duerma** en las siguientes situaciones: 0-3

0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = A veces 3 = Frecuentemente N/C = No corresponde

_____ 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

_____ Sentado tranquilamente después del almuerzo sin haber tomado alcohol

_____ En un carro parado por unos pocos minutos debido al tránsito

_____ Puntuación total

Horario para dormir:

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 u 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.

Por lo general **duermo** durante _____ horas en un periodo de 24 horas.

Me despierto en la noche debido a: necesito ir al baño ronquidos/resuellos preocupaciones/ansiedad

la mente está acelerada dolor movimiento de piernas agitación generalizada los niños

calambres en las piernas sudores nocturnos mascotas sueños demasiado frío o calor

estrés durante el día ruidos compañero(a) de cama acidez estomacal otro _____

NOTA: 0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = A veces 3 = Frecuentemente N/C = No corresponde

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----|
| 1. ¿Alguna vez le han dicho que usted ronca durante las noches? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| i. ¿Es peor si se acuesta boca arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé | | | | | |
| ii. Marque aquí si no sabe si ronca <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 2. ¿Ronca fuerte ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 3. ¿Su ronquido molesta a otras personas? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 4. ¿Alguna vez le han dicho que deja de respirar cuando está dormido ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 5. ¿Alguna vez se ha despertado con la sensación de que le falta aire ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 6. ¿Siente una necesidad urgente de dormir a pesar de querer permanecer despierto? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 7. ¿Ha tenido un accidente o casi un accidente al manejar un auto debido a la somnolencia? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 8. En el día, ¿se siente fatigado o con poca energía ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 9. Al despertar por la mañana, ¿aún se siente cansado o con poca energía ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 10. Al despertar por la mañana, ¿le duele la cabeza ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 11. ¿Sufre de congestión nasal ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 12. ¿ Respira por la boca cuando está dormido? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 13. ¿Alguna vez se despierta con la boca seca ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 14. ¿ Duerme boca arriba ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 15. ¿Tiene pesadillas ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 16. ¿ Sacude las piernas cuando está dormido? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 17. ¿Siente la necesidad irresistible de mover las piernas que empeora en las tardes o noches y que por lo menos mejora temporalmente si hace alguna actividad física? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 18. ¿ Sueña cuando toma siestas cortas ? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 19. ¿ Rechina los dientes en la noche? | 0 | 1 | 2 | 3 | N/C |
| 20. <input type="checkbox"/> He sentido <input type="checkbox"/> no he sentido debilidad repentina o flojera cuando experimento emociones. (es decir, se le doblan las rodillas, se le cae la quijada o se cae al piso cuando se ríe, llora o siente coraje). | | | | | |
| 21. <input type="checkbox"/> Me he sentido <input type="checkbox"/> no me he sentido paralizado (incapaz de moverme momentáneamente) al despertar. | | | | | |
| 22. <input type="checkbox"/> He tenido <input type="checkbox"/> no he tenido imágenes intensas que parecen reales o alucinaciones al dormirme. | | | | | |
| 23. <input type="checkbox"/> He comido <input type="checkbox"/> no he comido cuando estoy dormido , sin darme cuenta. (es decir, al despertar encuentra envases de comida vacíos) | | | | | |
| 24. <input type="checkbox"/> Me he movido <input type="checkbox"/> no me he movido actuando mis sueños cuando estoy dormido. (es decir, gritar, dar puñetazos, patear o hacer otros movimientos de acuerdo con el sueño) | | | | | |
| 25. <input type="checkbox"/> He caminado <input type="checkbox"/> no he caminado (sonambulismo) mientras duermo. <input type="checkbox"/> Cuando niño <input type="checkbox"/> Más recientemente | | | | | |

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estudios del sueño y uso de equipo CPAP (si corresponde):

1. ¿Alguna vez se ha hecho un estudio del sueño? ¿Dónde? ¿Cuándo? _____
 2. ¿En la actualidad usa un equipo CPAP/BiPAP? Sí No ¿Con qué presión? _____
 3. ¿Con qué frecuencia usa el equipo CPAP? _____ días/semanas _____ horas/noche
 4. Si ahora **no está** usándolo, ¿antes sí usaba un equipo CPAP/BIPAP? Sí No ¿Cuándo? _____
 5. Si ahora **no está** usando un equipo PAP, ¿durante cuánto tiempo lo usó? ___ días/meses/años (encierre en un círculo) ___ horas/noche
 6. ¿Qué tipo de mascarilla usó o usa? Cubre toda la cara Almohadillas nasales Nasal Otro
 7. ¿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 _____

Historial clínico: ¿Tiene antecedentes de lo que se menciona a continuación?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> EPOC (enfisema/bronquitis crónica) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio (ataque al corazón) | <input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar | <input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico (acidez) | <input type="checkbox"/> Fractura de nariz |
| Fracción de eyección, si se conoce _____ | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio | <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Desviación del tabique nasal |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Trastorno afectivo estacional | <input type="checkbox"/> Cirugía de la nariz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Extracción de amígdalas |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Extracción de adenoides |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> TDAH (ADHD, por su sigla en inglés) | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Migrañas | Otro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Trastorno neuromuscular | |

Historial social:

Estado civil: Soltero Casado/con pareja Divorciado/Separado Viudo

¿Con quién comparte su cama? (encierre en un círculo todas las que correspondan) Pareja Niños Mascotas

Ocupación: _____ ¿Cuál es su horario de trabajo/estudio? _____

¿Fuma tabaco?: Sí ___ N° de cajetillas al día Nunca Dejó de fumar a la edad de _____, hace _____ años

Alcohol: Suponiendo que una copa de vino, un trago de licor o una cerveza es una bebida,

Por lo general tomo _____ en los días de semana y _____ en los fines de semana

¿El alcohol le altera el sueño? Sí No

Cafeína: ¿Cuántas bebidas con cafeína se toma diariamente? (Café, té, refrescos o sodas)

_____ porciones de 8 onzas. ¿Qué consume (por ejemplo, un café de 8 onzas, 1 lata de refresco o soda)? _____

Tomo mi última bebida con cafeína a las _____ de la mañana de la tarde

Drogas: ¿Actualmente consume alguna droga recreativa (como marihuana o cocaína)? Sí No

Ejercicio: Por lo general me ejercito _____ veces por semana cerca de las _____ hora del día Ninguno

Historial familiar: ¿Alguien de su familia padece de algún trastorno del sueño?

Roncar: Padre Madre Hermano Hijo **Insomnio:** Padre Madre Hermano Hijo

Apnea del sueño: Padre Madre Hermano Hijo **Narcolepsia:** Padre Madre Hermano Hijo

Terros nocturnos: Padre Madre Hermano Hijo **Sonambulismo:** Padre Madre Hermano Hijo

Síndrome de piernas inquietas: Padre Madre Hermano Hijo

Alergias a medicamentos: _____

Haga una lista con los medicamentos que toma a diario. Incluya tranquilizantes, estimulantes, medicamentos para dormir y a base de hierbas: Si trajo una lista con usted, podemos copiarla. (Continúe al dorso si necesita más espacio)

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Anteriormente alguna vez ha tomado: Provigil/Modafanil Nuvigil/Armodafanil
 Ritalin/Methylphenidate Ritalin LA/SR Focalin Concerta
 Sales de anfetamina mezcladas/ Adderall Adderall XR Vyvanse Xyrem

¿Qué medicamentos para dormir ha tomado en el pasado? (Incluya los medicamentos a base de hierbas y de venta libre)

Trazodone Ambien/Zolpidem Ambien CR Lunesta Sonata Belsomra Remeron
 Seroquel/quetiapine Ativan/lorazepam Valium Clonazepam Clonidine Xyrem Amitryptiline
 Melatonin Valarian Root Tylenol o Advil PM Benadryl Otro medicamento para dormir de venta libre

Revisión por sistemas: Indique si el mes pasado tuvo alguno de los siguientes síntomas

General

- Sudores nocturnos
- Fiebre
- Cansancio

Ojos, Oído, nariz y garganta

- Visión borrosa
- Dolor en los ojos
- Pérdida de audición
- Zumbido en los oídos
- Dolor en las encías o la lengua
- Dolor de mandíbula
- Ronquera
- Úlceras en la boca
- Sangrado de la nariz

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Latidos irregulares del corazón
- Piernas o pies hinchados
- Dolor en la parte inferior de las piernas al caminar
- Falta de aliento al acostarse sobre una superficie plana

Hematología

- Dolor o inflamación de los ganglios linfáticos
- Sangrado fácil
- Moretones frecuentes
- Anemia
- Coágulos en las piernas

Respiratorio

- Falta de aliento
- Sibilancias
- Tos frecuente o crónica
- Espujo con sangre

Gastrointestinal

- Pérdida del apetito
- Dificultad para tragar
- Acidez estomacal
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Cambios en los hábitos intestinales
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sangrado rectal

Musculoesquelético

- Dolor de espalda
- Dolor de cuello
- Dolor en las articulaciones
- Inflamación de las articulaciones
- Calambres musculares

Endocrino

- Sed excesiva
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío
- Cambio en la talla del sombrero o guantes

Genitourinario

- Incapacidad para aguantar la orina
- Orina excesiva
- Sangre en la orina
- Período menstrual irregular
- Cálculos renales

Piel

- Sarpullido
- Piel seca
- Picazón o urticaria
- Cambio en el cabello o las uñas

Nervioso/mental

- Dolores de cabeza
- Mareo
- Pérdida del equilibrio
- Desmayos
- Vahídos
- Pérdida de memoria
- Debilidad muscular
- Temblores
- Depresión
- Ansiedad
- Estrés
- Confusión

Revised 08/April/20-SP