

Baystate Regional Sleep Program

BAYSTATE MEDICAL CENTER

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

Cuestionario para nuevos pacientes

(Adult Sleep New Patient Questionnaire – Spanish)

(Infórmele al personal si ya contestó un cuestionario cuando lo evaluaron en nuestra clínica del sueño o cuando le hicieron un estudio del sueño. No es necesario que responda otro cuestionario. Basta con avisar si en el período transcurrido hubo algún cambio en los medicamentos que está tomando o en su historia clínica.)

Nombre del paciente (*Patient's Name*): _____ Fecha (*Date*): _____

Médico que dio referido: _____ Médico de cabecera: _____

Seguro médico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Edad: __ Sexo: Masc/Fem Estatura: __ (pulgadas) Peso: __ (libras) Talla del cuello: __ (pulgadas)

¿Por qué motivo lo enviaron a nuestros servicios? _____

Evaluación Epworth de la somnolencia: En las siguientes situaciones, ¿qué probabilidad tiene de quedarse dormido? 0= Nunca 1= Probabilidad mínima 2= Probabilidad moderada 3= Probabilidad alta

_____ 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 tomar alcohol

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

_____ Puntaje total

Horario para dormir:

Días hábiles (días de escuela/trabajo) Fines de semana

Habitualmente, ¿a qué hora se duerme? _____

Habitualmente, ¿a qué hora se levanta? _____

¿Suele tomar una siesta? ¿Cuánto dura? _____

1. ¿Cuántas **horas** suele dormir por la noche? _____ Horas

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

2. ¿Tiene **dificultad** para dormirse? 0 1 2 3 N/C

3. ¿Cuánto tiempo le toma dormirse? _____ minutos _____ horas

4. ¿Cuántas **veces se despierta** durante la noche? _____

5. ¿Es un problema para usted **despertarse con frecuencia** durante la noche? 0 1 2 3 N/C

6. ¿Se **despierta temprano** y tiene problemas para volver a dormirse? 0 1 2 3 N/C

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

1. ¿**Ronca** por la noche? 0 1 2 3 N/C
¿Ronca más si duerme boca arriba? Sí No No sé
Marque aquí si no sabe si ronca
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 irresistible de dormir** a pesar de querer permanecer despierto? 0 1 2 3 N/C
7. ¿Ha tenido un accidente o casi tuvo un **accidente mientras manejaba** debido a estar somnoliento? 0 1 2 3 N/C
8. Durante 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. ¿**Orina con frecuencia** por la noche? 0 1 2 3 N/C
12. ¿Sufre de **acidez estomacal** o dolor en el pecho cuando está dormido? 0 1 2 3 N/C
13. ¿Sufre de **congestión nasal**? 0 1 2 3 N/C
14. ¿**Respira por la boca** cuando duerme? 0 1 2 3 N/C
15. ¿Alguna vez se despierta con la **boca seca**? 0 1 2 3 N/C
16. ¿Duerme **boca arriba**? 0 1 2 3 N/C
17. ¿Tiene **pesadillas**? 0 1 2 3 N/C
18. ¿**Sacude las piernas** cuando está dormido? 0 1 2 3 N/C
19. ¿Siente la **necesidad irresistible de mover las piernas** debido a una sensación anormal de inquietud, molestia o diversas sensaciones? 0 1 2 3 N/C
20. ¿Esa necesidad irresistible de mover las piernas **aumenta cuando está descansando**? 0 1 2 3 N/C
21. ¿Esa necesidad irresistible de mover las piernas **disminuye temporalmente con la actividad**? 0 1 2 3 N/C
22. ¿Esa necesidad irresistible de mover las piernas aumenta en la noche? 0 1 2 3 N/C

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

23. ¿Ha sentido **debilidad repentina cuando algo le emociona**, lo sorprende 0 1 2 3 N/C
o le hace reír? (p. ej. se le aflojan las rodillas, se le cae la quijada o se cae al piso).

24. ¿Alguna vez **se ha sentido paralizado** (incapaz de moverse momentáneamente) 0 1 2 3 N/C
al dormirse o al despertar?

25. ¿Alguna vez ha tenido **imágenes intensas que parecen reales** o alucinaciones 0 1 2 3 N/C
al empezar a dormirse o al despertar?

26. ¿Sueña cuando **toma siestas cortas**? 0 1 2 3 N/C

27. ¿**Rechina los dientes** en la noche? 0 1 2 3 N/C

28. ¿Come **cuando está dormido**, sin darse cuenta? 0 1 2 3 N/C

(p. ej. al despertar encuentra envases de comida o migajas)

29. ¿Se mueve **actuando sus sueños** cuando está dormido? 0 1 2 3 N/C

(p. ej. gritar, dar puñetazos, patear o hacer otros movimientos de acuerdo con el sueño)

30. ¿Tiene antecedentes de **sonambulismo**? _____ No _____ Sí

30. ¿Ha tenido un **cambio de peso** recientemente? Sí No ¿Cuánto? _____
Engordé Adelgacé

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

¿Alguna vez se ha hecho un estudio del sueño? ¿Dónde? ¿Cuándo?

¿Alguna vez le han diagnosticado apnea del sueño u otro trastorno del sueño? ¿Cuál?

¿En la actualidad usa un equipo CPAP/BiPAP? Sí No ¿Con qué presión? _____

¿Con qué frecuencia usa el equipo CPAP? _____ días/semanas _____ horas/noche

Si ahora no está usándola, ¿antes sí usaba un equipo CPAP/BIPAP? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Tuvo problemas para adaptarse al equipo CPAP/BIPAP? Sí No ¿Por qué?

Si ahora no está usando un equipo PAP, ¿durante cuánto tiempo lo probó o usó?

_____ días/meses/años (encierre en un círculo) _____ horas/noche

¿Qué tipo de mascarilla usó o usa? Completa Almohadilla nasal Nasal Otra _____

¿Qué compañía le presta el servicio de atención a domicilio? _____

Baystate Home Infusions North Atlantic Medical Apria Flynn's Lincare J&L

Historia clínica: ¿Tiene antecedentes de lo siguiente?

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

Antecedentes sociales:

¿Con quién comparte su cama? (encierre en un círculo todo lo que corresponda) Pareja Hijos Mascotas

Ocupación: _____

¿Cuál es su horario de trabajo/estudio? _____

Consumo de tabaco: ¿Fuma o masca tabaco? Sí Nunca Dejó de hacerlo

_____ cantidad de paquetes al día _____ cantidad de años _____

Si dejó de hacerlo, ¿cuándo? _____

Consumo de alcohol: Suponiendo que una copa de vino, un trago de licor o una cerveza es una bebida, ¿cuántas bebidas alcohólicas normalmente toma **cada día**, de lunes a viernes? _____

¿durante los fines de semana? _____

¿El alcohol le altera el sueño? Sí No

Cafeína: ¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, refrescos) toma diariamente?

_____ porciones de 8 onzas. ¿Qué toma (p. ej. 1 taza de café, 1 lata de refresco)? _____

Drogas: ¿Actualmente consume alguna droga recreativa (p.ej. marihuana, cocaína)? Sí No

Si responde que sí, describa _____

Ejercicio: ¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio? _____

¿A qué hora hace ejercicio normalmente? _____

Antecedentes familiares: ¿Alguien de su familia padece de algún trastorno del sueño? ¿Quién?

Apnea del sueño Sí No _____

Ronquidos Sí No _____

Insomnio Sí No _____

Narcolepsia Sí No _____

Terros nocturnos Sí No _____

Síndrome de piernas inquietas Sí No _____

Sonambulismo Sí No _____

Revisión por sistemas:

Indique si el mes pasado tuvo alguno de los siguientes síntomas

General

- Buena salud en general
- Sudores nocturnos
- Fiebre
- Cansancio

Ojos

- Enfermedad o lesión en los ojos
- Visión borrosa
- Visión doble
- Dolor de los ojos

Oído, nariz y garganta

- Pérdida de audición
- Tintineo en los oídos
- Obstrucción nasal
- Dolor en las encías o la lengua
- Problemas dentales
- Dolor de mandíbula
- Ronquera
- Rigidez o dolor en el cuello
- Llagas en la boca
- Sangrado de la nariz
- Inflamación de los ganglios del cuello

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

Respiratorio

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

Gastrointestinal

- Pérdida del apetito
- Dificultad para tragar
- Acidez
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Cambios en la frecuencia de evacuación intestinal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sangrado rectal

Musculoesquelético

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

Endócrino

- Sed excesiva
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío
- Bochornos/sofocones
- Problemas glandulares u hormonales
- Piel seca
- Cambio en la talla de sombrero o guantes

Hematología

- Dolor o inflamación de los nódulos linfáticos
- Sangrado o moretones con facilidad
- Anemia
- Coágulos en las piernas
- Transfusiones previas

Genitourinario

- Incontinencia urinaria
- Dolor o ardor al orinar
- Micción excesiva
- Sangre en la orina
- Dolor o bulto en los testículos
- Dificultades sexuales
- Dolor durante el coito
- Período menstrual irregular
- Dolor o bulto en los senos
- Cálculos en los riñones

Piel

- Sarpullido
- Piel seca
- Picazón o urticaria
- Cambio en el cabello o las uñas
- Mancha oscura nueva o con cambios
- Cambio en el color de la piel

Nervioso/mental

- Dolores de cabeza
- Mareo
- Pérdida del equilibrio
- Desmayos
- Vahídos
- Pérdida de la memoria
- Entumecimiento
- Debilidad muscular
- Temblores
- Parálisis
- Lesión en la cabeza
- Depresión
- Ansiedad
- Estrés
- Confusión