

MidState  
PULMONARY

SEGUIMIENTO CLÍNICO DEL SUEÑO ■ DR. RICHARD TYSON

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Gracias por visitar la clínica hoy. Responda las preguntas a continuación. Gracias.

¿Quién lo refirió a ver al Dr. Tyson? \_\_\_\_\_

¿Quién es su proveedor de atención primaria? \_\_\_\_\_

¿A qué hora sueles acostarte? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo suele tardar en conciliar el sueño? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se despierta normalmente entre la hora de acostarse y levantarse de la cama por la mañana? \_\_\_\_\_

¿A qué hora sueles levantarte de la cama? \_\_\_\_\_

¿Sueles sentirte descansado cuando te levantas por la mañana? \_\_\_\_\_

¿Experimentas dolores de cabeza matutinos? \_\_\_\_\_

**ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH:** ¿Qué tan probable es que te quedes dormido o te quedes dormido en las siguientes situaciones? **0** = nunca **1** = poca posibilidad **2** = probabilidad moderada **3** = probabilidad alta

**SITUACIÓN**

**POSIBILIDAD DE DORMIR O DORMIR**

Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Viendo la televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentado inactivo en un lugar público	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ser pasajera en un vehículo motorizado durante una hora o más	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Acostado en la tarde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentada y hablando con alguien	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentarse tranquilamente después del almuerzo (sin alcohol)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Se detuvo durante unos minutos en el tráfico mientras conducía	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**Puntuación total (suma las puntuaciones). Esta es su puntuación de Epworth:** \_\_\_\_\_

¿Duermes la siesta?  Sí  No

¿Trabajas a turnos?  Sí  No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Fuma usted?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes / día? \_\_\_\_\_, por cuantos años \_\_\_\_\_ ?

¿Tomas bebidas con cafeína?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántas por día?

¿Bebes alcohol?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas/día? \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento para **dormir** recetado o de venta libre? \_\_\_\_\_

**DR. TYSON'S NOTES:**

**DME:** Aerocare Medical Necessities Apria Other: \_\_\_\_\_ **AHI:** \_\_\_\_\_ **DL:** \_\_\_\_\_

PAP helping? \_\_\_\_\_

Changes to PMHx/SocHx/FmHx since last visit: \_\_\_\_\_

**Assessment:** \_\_\_\_\_

**Plan:** \_\_\_\_\_ Schedule: HSAT PSG Split MSLT

Driving Precautions: \_\_\_\_\_ Sleep Hygiene: \_\_\_\_\_

SCT: \_\_\_\_\_ F/U: \_\_\_\_\_