

MidState
PULMONARY

CLÍNICA DEL SUEÑO NOTAS DE PACIENTE NUEVO

DR. RICH TYSON

DR. JORDAN PHILLIPS

Name: _____ Date: _____

Age: _____ DOB: _____ Gender: M F Referring Provider: _____

Temp: _____ BP: _____ HR: _____ RR: _____ O₂ Sat ___ on RA oxygen _____ lpm

Weight: _____ lbs Height: _____ inches BMI: _____ Neck circumference: _____ inches

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

¿A qué hora sueles acostarte? _____

¿Cuánto tiempo te lleva normalmente quedarte dormido? _____

¿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? _____

¿Tiene problemas para mantenerse despierto durante el día (somnolencia diurna excesiva)? _____

¿Ha tenido un estudio del sueño en el pasado? Sí No En caso afirmativo, indique el lugar y la fecha: _____

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

SITUACIÓN

Sentado y leyendo

Viendo la televisión

Sentado inactivo en un lugar público

Ser pasajera en un vehículo motorizado durante una hora o más

Acostado en la tarde

Sentada y hablando con alguien

Sentarse tranquilamente después del almuerzo (sin alcohol)

Se detuvo durante unos minutos en el tráfico mientras conducía

POSIBILIDAD DE DORMIR O DORMIR

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

Puntuación total (suma las puntuaciones). Esta es su puntuación de Epworth: _____

¿Ronca fuerte? Sí No

¿Le han dicho que “deja de respirar” y emite fuertes ronquidos, jadeos o sonidos de asfixia? Sí No

¿Duermes la siesta? Sí No Si es así, por cuánto tiempo _____, con qué frecuencia _____, a que hora aproximadamente _____?

¿Cuál es tu empleo? _____

¿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 por día? _____

¿Utiliza medicamentos para dormir recetados o de venta libre? _____

Para uso en MD: Revisado con el paciente (inicial) _____

NOTAS DEL MÉDICO