

MidState  
PULMONARY

CLÍNICA DEL SUEÑO NOTAS DE PACIENTE NUEVO

DR. RICH TYSON

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Gender:  M  F Referring Provider: \_\_\_\_\_

Temp: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub> 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**