

Acreditado por la Academia de Medicina del Sueño

Sergio R. Alvarez MD, ABSM, FACC, FACCP\*

\*Board Certificated Sleep Specialist

Kristyna M. Hartse, Ph.D., D., A.B.S.M.\*

\*Board Certificated Sleep Specialist

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Medico Que Lo Recomendo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Tamaño Del Cuello: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_

¿Que problemas tiene para dormir? \_\_\_\_\_

## HABITOS PARA DORMIR

1. ¿A que hora se va a dormir? \_\_\_\_\_ am / pm
2. ¿Por lo general a que hora despierta? \_\_\_\_\_ am / pm
3. ¿Aproximadamente cuantas horas cree que duerme? \_\_\_\_\_ horas
4. ¿Cuanto dura para quedarse dormido? \_\_\_\_\_ minutos
5. ¿Cuantas veces despierta durante la noche?  
(marque una) ☐ Muy raro ☐ 3 or menos veces ☐ Frecuentemente
6. ¿Le han dicho otras personas que ronca fuerte? ☐ si ☐ no  
¿Cuantos años hace que se dio cuenta que roncaba fuerte? \_\_\_\_\_ años
7. ¿Le han dicho que detiene la respiración cuando está dormido? ☐ si ☐ no  
¿Cuantos años hace que notó esto? \_\_\_\_\_ años
8. ¿Despierta en la noche con la sensación de que se está ahogando? ☐ si ☐ no
9. ¿Le han dicho que sus brazos y piernas se estremecen cuando esta dormido? ☐ si ☐ no

## SINTOMAS Y QUEJAS DURANTE EL DIA

10. ¿Cual de estas palabras describe mejor el nivel de FATIGA que tuvo durante el ultimo mes?

☐ Nada ☐ Casi nada ☐ Moderado ☐ Severao ☐ Muy severo

### El Paso TX - West

2311 North Mesa Bldg. E  
El Paso, TX 79902  
Ph 915-533-8499  
Fx 915-544-4929

### El Paso TX - East

1400 George Dieter Ste. 210  
El Paso, TX 79936  
Ph 915-533-8499  
Fx 915-921-9703

### Las Cruces NM

1240 S. Telshor Blvd. Ste. B  
Las cruces, NM 88011  
Ph 575-522-3885  
Fx 575-522-3895  
Toll Free 877-525-3885

### Alamogordo NM

2010 Pecan Dr.  
Alamogordo, NM 88310  
Ph 575-522-3885  
Fx 575-522-3895  
Toll Free 877-525-3885

### Deming NM

500 E. Walnut St.  
Deming, NM 88030  
Ph 575-522-3885  
Fx 575-522-3895  
Toll Free 877-525-3885

¿Cual de estas palabras describe mejor el nivel de SUEÑO que tuvo durante el dia en el último mes?

☐ Nada ☐ Casi nada ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Muy servero

11. ¿Cuanto hace que el SUEÑO durante el dia se hizo un problema para usted?

\_\_\_\_\_ años

12. ¿Se siente descansado cuando despierta?

☐ si ☐ no

13. ¿Por lo general toma siestas durante el dia?

☐ si ☐ no

14. ¿Durante el mes pasado, cuanto interfirió la somnolencia en el desempeño de sus actividades normales? (incluyendo en su trabajo y/o actividades en su casa)

☐ Nada ☐ Muy Raro ☐ Algunas Veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre

15. ¿Durante el mes pasado, la somnolencia interfirió con sus actividades sociales normales, ya sea la familia, amigos, y otros grupos?

☐ Nada ☐ Muy Raro ☐ Algunas Veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre

16. ¿Ha sufrido un accidente o casi ha tenido un accidente debido al sueño?

☐ si ☐ no

Favor de revisar el siguiente cuadro y analice la somnolencia en cada una de estas situaciones. Califique su evaluación marcando un numero de 0 a 3 puntos el cual describe cada situación y sume el total de sus contestaciones. Aunque usted no haya hecho alguna de estas cosas recientemente, trate de pensar como le afectaría a usted.

0 puntos = Nunca me quedaria dormido (a)

2 puntos = Es posible quedarme dormido (a)

1 puntos = A lo mejor me quedaria dormido (a)

3 puntos = Muy posible quedarme dormido (a)

### SITUATION

A. Sentado(a) y Leyendo	0	1	2	3
B. Viendo Televisión	0	1	2	3
C. Sentado(a), inactivo(a) en un lugar público, (ej. El teatro, una junta)	0	1	2	3
D. Como pasajero(a) en un carro por una hora sin parar	0	1	2	3
E. Acostado(a) en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
F. Sentado(a) y hablando con alguien	0	1	2	3
G. Sentado(a) tranquilamente despues de comer	0	1	2	3
H. En el carro, cuando se detiene por unos minutos debido al tráfico	0	1	2	3
Total:				

17. Cuando esta enojado(a), riendo, o asustado(a) se siente debil como si fuera a caer?

☐ si ☐ no

### CUANDO SE DUERME O ANTES DE QUE DESPIERTE:

18. ¿Tiene sueños raros?

☐ si ☐ no

19. ¿Se siente paralizado?

☐ si ☐ no

## ¿SUS PIERNAS NO LO DEJAN DORMIR DE NOCHE?

### 20. 4 SIGNOS CLAVE SOBRE LO QUE DEBE HABLAR CON SU MEDICO:

¿Siente a veces la necesidad imperiosa de mover las piernas, a menudo acompañada de sensaciones molestas en las piernas?

☐ si ☐ no

¿Siente un alivio al menos momentáneamente, de esta necesidad o de éstas sensaciones en las piernas cuando se mueve?

☐ si ☐ no

¿Estos síntomas en las piernas comienzan o empeoran cuando descansa o esta inactivo?

☐ si ☐ no

¿Estos síntomas en las piernas empeoran por la tarde o en la noche?

☐ si ☐ no

### 21. Informacion adicional para ayudar a entender sus síntomas:

¿Tiene problemas para quedarse dormido o para seguir durmiendo?

☐ si ☐ no

¿Algún miembro de su familia tiene alguno de los sintomas descritos previamente?

☐ si ☐ no

¿Su pareja se queja porque usted pateo o sacude las piernas mientras duerme?

☐ si ☐ no

### 22. ¿Como describiría las sensaciones que tiene en las piernas?

(Marque todas las que correspondan)

☐ Algo le camina

☐ Algo le trepa

☐ Hormiguéo

☐ Dolor leve

☐ Ardor

☐ Tironéo

☐ Dolor más fuerte

☐ Picazón

☐ Otra: \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia tiene estos síntomas por mes? \_\_\_\_\_

## ¿DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS PREVIOS POR ENFERMEDAD DEL SUEÑO?

23. ¿Tiene algún diagnostico previo por enfermedad del sueño?

☐ si ☐ no

Si la respuesta es "Si" favor de explicar: \_\_\_\_\_

24. ¿Ha tenido alguna cirugía debido al problema de sueño?

☐ si ☐ no

¿Si la respuesta es "Si", que se le hizo y cuando fue Hecha? \_\_\_\_\_

25. ¿Usa oxigeno cuando duerme?

☐ si ☐ no

26. ¿Usa CPAP nasal o BIPAP para apnea del sueño?

☐ si ☐ no

¿Si la respuesta es "si" que nivel de presión usa? \_\_\_\_\_ cm of H<sub>2</sub>O

27. ¿Siente alguna diferencia cuando usa CPAP?

☐ si ☐ no

¿Si la respuesta es "si" en que manera? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO PREVIO

28. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas? (favor de marcar el que corresponda)

☐ Amigdalectomía

☐ Enfermedad obstructiva crónica del pulmón (COPD, Enfisema)

☐ Insuficiencia cardiaca

☐ Asma

☐ Alta presión

☐ Enfermedad de la tiroides

☐ Sinusitis

☐ Dolor de pecho/infarto

☐ Tratamiento por depresión

☐ Diabetes

29. Enumere cualquier otro problema médico o enfermedades que haya tenido en el pasado y que no haya mencionado.

---

---

30. Enumere cualquier alergia a medicamentos.

---

---

---

31. Enumere todos los MEDICAMENTOS que esté tomando ahora. Asi como medicinas con receta y sin receta incluyendo remedios para dormir

---

---

## HISTORIA SOCIAL

32. ¿Toma bebidas alcoholicas?

☐ si ☐ no

Si la respuesta es "Si", que tanto al dia?

(una onza (oz) es aproximadamente igual a una cerveza/vino)

☐ 2 oz. o menos ☐ 2-4 oz. ☐ Mas de 4 oz.

33. ¿Toma bebidas con cafeina?

☐ si ☐ no

Si la respuesta es "Si", cuantos vasos, tasas o botes de cada uno?

Café\_\_\_\_\_ Té\_\_\_\_\_ Cola/Sodas\_\_\_\_\_

34. ¿Ha subido de peso desde el año pasado?

☐ si ☐ no

Si la respuesta es "Si", cuanto?\_\_\_\_\_ libras

35. ¿Alguien en su familia tiene problemas similares del sueño?

☐ si ☐ no

36. ¿Cual es su ocupación?\_\_\_\_\_

37. ¿Cuales son sus horas de trabajo?\_\_\_\_\_

38. ¿Favor de usar el siguiente espacio para mencionar cualquier otra información relacionada con alguna queja medica o de sueño.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---