

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



MEDICAL GROUP

## FORMULARIO DE HISTORIA ESTÁNDAR DEL CENTRO DEL SUEÑO

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Médico que hizo la remisión (nombre y apellido): \_\_\_\_\_ ¿Hizo la remisión por su cuenta?  Sí  No

Describe brevemente el problema que tiene con el sueño y el motivo por el que lo remitieron al centro del sueño: \_\_\_\_\_

Marque la casilla si alguna vez tuvo algo de lo siguiente.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ronquidos                               | <input type="checkbox"/> Rechinamiento de dientes   | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos                 |
| <input type="checkbox"/> Apnea                                   | <input type="checkbox"/> Tironeos en las piernas/cuerpo                                       | <input type="checkbox"/> Actuación de los sueños           |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia/Cansancio durante el día    | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas   | <input type="checkbox"/> Convulsiones                      |
| <input type="checkbox"/> Sueño interrumpido con frecuencia       | <input type="checkbox"/> Necesidad frecuente de orinar durante la noche 1 o 2 veces por noche | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria                |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza a la mañana           | <input type="checkbox"/> Necesidad frecuente de orinar durante la noche 3 o 4 veces por noche | <input type="checkbox"/> Falta de concentración            |
| <input type="checkbox"/> Sueño no restaurativo                   | <input type="checkbox"/> Problemas para dormirse  | <input type="checkbox"/> Disminución de la libido          |
| <input type="checkbox"/> Acidez/Reflujo                          | <input type="checkbox"/> Problemas para permanecer dormido                                    | <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal            |
| <input type="checkbox"/> Boca seca                               | <input type="checkbox"/> Dolores durante la noche   | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca            |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta                       | <input type="checkbox"/> Caminar dormido  | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular incontrolable  |
| <input type="checkbox"/> Anormalidades en las vías respiratorias | <input type="checkbox"/> Hablar dormido   | <input type="checkbox"/> Alucinaciones al quedarse dormido |
| <input type="checkbox"/> Anormalidades en la cara                | <input type="checkbox"/> Pesadillas   | <input type="checkbox"/> Alucinaciones al despertarse      |
| <input type="checkbox"/> Historia de fractura nasal              |   | <input type="checkbox"/> Necesidad incontrolable de dormir |
| <input type="checkbox"/> Alergias nasales                        |   | <input type="checkbox"/> Otro _____                        |

¿Hace cuánto tiempo tiene los síntomas?

<1 año  1-2 años  2-3 años  3-4 años  4-5 años  >5 años

¿Afectan estos síntomas a su vida laboral/diaria?  Sí  No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna vez una consulta del sueño?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique dónde: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le hicieron un estudio del sueño?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique dónde: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, actualmente, ¿está en un tratamiento CPAP o BiPAP?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué empresa usa? ¿Alguna vez intentó usar un dispositivo oral para la apnea del sueño?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué dispositivo usó/usa? \_\_\_\_\_

### Rutina de sueño

Hora a la que se acuesta en la semana: \_\_\_\_\_ Hora a la que se acuesta el fin de semana: \_\_\_\_\_

Hora a la que se levanta en la semana: \_\_\_\_\_ Hora a la que se levanta el fin de semana: \_\_\_\_\_

Cantidad promedio de horas que duerme por noche: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo le lleva irse a dormir a la noche? \_\_\_\_\_

¿Se siente descansado cuando se despierta?  Sí  No

¿Duerme siestas?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos o alcohol para dormirse? \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



MEDICAL GROUP

### Otra información

Empleo: \_\_\_\_\_ ¿Tiene turnos rotativos o un turno nocturno?  Sí  No

Si la respuesta es sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Debe conducir un vehículo en su trabajo o trabaja con sustancias peligrosas o potencialmente peligrosas o en un ambiente peligroso o potencialmente peligroso?  Sí  No

¿Cuánto pesaba?

Hace 6 meses: \_\_\_\_\_ Hace 2 años: \_\_\_\_\_ A los 20 años: \_\_\_\_\_ Su peso máximo: \_\_\_\_\_

### Social

¿Consume tabaco?  Sí  No

Si la respuesta es sí:  Cigarrillos  Pipa  Cigarros  Cigarrillos electrónicos  Rapé  Para mascar

Fecha en la que comenzó: \_\_\_\_\_ Fecha en la que lo dejó: \_\_\_\_\_

Paquetes/día:  0.25  0.5  1  1.5  2  3

Años  0.5  1  2  3  4  5  10  15

¿Toma alcohol?  Sí  No

¿Con qué frecuencia toma tragos con alcohol?

Nunca  1 vez al mes o menos  2-4 veces al mes  2-3 veces a la semana  4 o más veces a la semana

¿Cuántos tragos con alcohol toma en un día típico en el que está bebiendo?

1 o 2  3 o 4  5 o 6  7-9  10 o más

¿Cuántos tragos a la semana? Vasos de vino: \_\_\_\_\_ Latas de cerveza: \_\_\_\_\_ Shots de alcohol: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez consumió marihuana, cocaína u otras drogas recreativas?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué drogas? \_\_\_\_\_ Consumo/semana: \_\_\_\_\_

Marque todas las opciones que correspondan.

¿Toma café?  Sí  No  Común  Descafeinado Cantidad diaria: \_\_\_\_\_

¿Toma té?  Sí  No  Común  Descafeinado Cantidad diaria: \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas de cola?  Sí  No  Común  Descafeinada Cantidad diaria: \_\_\_\_\_

### Alergias

¿Tiene alguna alergia?  Sí  No

Si la respuesta es sí, liste cuáles (ambientales, a comidas, a medicamentos): \_\_\_\_\_

### Farmacia

Indique el nombre y el lugar de la farmacia a la que va con mayor frecuencia.

### Medicamentos

¿Alguna vez le dieron medicamentos para ayudarlo a dormir o a mantenerse despierto?  Sí  No

Si la respuesta es sí, liste cuáles: \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿usa oxígeno suplementario?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿qué cantidad? \_\_\_\_\_ LPM

Si la respuesta es sí, usa oxígeno durante:  El día  La noche  Constantemente durante el día y la noche

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



MEDICAL GROUP

### Medicamentos actuales

Liste todos los medicamentos de venta con o sin receta, los medicamentos a base de hierbas y las vitaminas (incluya la dosis y la frecuencia).

Nombre del medicamento/ medicina/vitamina	Dosis (si se sabe)	Frecuencia	Nombre del medicamento/medicina/ vitamina	Dosis (si se sabe)	Frecuencia
1.			8.		
2.			9.		
3.			10.		
4.			11.		
5.			12.		
6.			13.		
7.			14.		

### Historia médica

Marque la casilla si alguna vez tuvo algo de lo siguiente.

- Ritmo cardíaco anormal
- Artritis
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- COPD/Enfisema
- Enfermedades de las arterias coronarias
- Diabetes
- Dolor crónico
- Síndrome de las piernas inquietas (RLS)
- Presión alta
- Trastorno mental
- Convulsiones
- Derrame cerebral
- Enfermedad de la tiroides
- Tuberculosis
- Úlceras
- Trastorno neuromuscular
- Otro \_\_\_\_\_

### Historia de cirugías

Marque la casilla si alguna vez tuvo algo de lo siguiente.

- Apendicectomía
- CABG, cirugía del corazón
- Reparación de hernia
- Cirugía de pérdida de peso
- Extracción de muelas de juicio
- Polipectomía nasal
- Cirugía de senos paranasales
- Operación de amígdalas (extracción de amígdalas)
- Otra \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



MEDICAL GROUP

### Historia familiar

Marque todas las opciones que correspondan e identifique a quién afecta de sus familiares directos (padre, madre, hermanos o hermanas):

Indique el familiar
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Apnea del sueño
<input type="checkbox"/> Narcolepsia
<input type="checkbox"/> Otro trastorno del sueño
<input type="checkbox"/> Hipersomnolencia/Somnolencia durante el día
<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica
<input type="checkbox"/> Enfisema
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> Síndrome de las piernas inquietas
<input type="checkbox"/> Insomnio
<input type="checkbox"/> Otro _____

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Revisión de los sistemas

Marque la casilla si siente algo de lo siguiente.

### General

- Cambio de actividad
- Cambios en el apetito
- Escalofríos
- Diaforesis
- Cansancio
- Fiebre
- Cambio inesperado de peso

### Cabeza, oídos, nariz

#### y garganta

- Congestión
  - Problemas dentales
  - Babeo
  - Secreción del oído
  - Dolor de oído
  - Hinchazón facial
  - Pérdida de audición
  - Llagas en la boca
  - Sangrados nasales
  - Goteo posnasal
  - Rinorrea (goteo nasal)
  - Dolor de los senos paranasales
  - Presión en los senos paranasales
  - Estornudos
  - Dolor de garganta
  - Zumbido de oídos
  - Dificultad para tragar
  - Cambio en la voz
- ### Ojos
- Secreción de los ojos
  - Picazón en los ojos
  - Dolor de ojos
  - Enrojecimiento en los ojos
  - Fotofobia
  - Perturbaciones visuales

### Respiratorio

- Apnea
- Opresión en el pecho
- Atragantamiento
- Tos
- Estridor
- Sibilancias

### Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Hinchazón de piernas
- Palpitaciones

### Gastrointestinal

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Sangrado anal
- Sangre en las heces
- Estreñimiento
- Diarrea
- Náuseas
- Dolor en el recto
- Vómitos

### Endocrino

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Polidipsia
- Polifagia
- Poliuria

### Genitourinario

- Dificultad para orinar
- Disuria
- Enuresis
- Dolor de riñones
- Necesidad frecuente de orinar
- Úlceras genitales
- Hematuria
- Secreción del pene
- Dolor de pene
- Hinchazón del pene
- Hinchazón del escroto
- Dolor de testículos
- Urgencia
- Disminución de orina
- Disminución de la libido

### Musculoesquelético

- Artralgias
- Dolor de espalda
- Problemas en la forma de caminar
- Inflamación en las articulaciones
- Mialgia (dolor muscular)
- Dolor de cuello
- Rigidez en el cuello

### Piel

- Cambio de color
- Palidez
- Sarpullido
- Heridas

### Alérgico/Inmunitario

- Alergias ambientales
- Alergias a comidas
- Inmunocomprometido

### Neurológico/Cerebral

- Mareos
- Asimetría facial
- Dolores de cabeza
- Aturdimiento
- Entumecimiento
- Convulsiones
- Dificultad para hablar
- Síncope
- Temblores
- Debilidad

### Hemático

- Adenopatía
- Moretones/Sangrar con facilidad

### Psiquiátrico

- Agitación
- Problemas conductuales
- Confusión
- Disminución de la concentración
- Trastorno disfórico
- Alucinaciones
- Hiperactividad
- Nerviosismo/Ansiedad
- Autolesiones
- Trastornos del sueño
- Ideas de suicidio

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



MEDICAL GROUP

### Cuestionario para allegados que saben cómo duerme

Pida a alguien que esté familiarizado con su sueño que conteste las siguientes preguntas sobre usted (cónyuge, padre, madre, etc.).

Nombre de la persona que completa esta sección: \_\_\_\_\_

Indique qué hace este paciente:

¿Deja de respirar mientras duerme?  Sí  No

¿Con qué frecuencia ocurren las pausas en la respiración?  Todas las noches  A veces  
 Muchas veces por noche

¿Ronca fuerte?  Sí  No

¿Ronca de manera continua?  Sí  No

¿Ronca todas las noches?  Sí  No

¿Ronca en las siguientes posiciones?  De espalda  Del lado izquierdo  Del lado derecho  
 Todas las posiciones

¿Patea y se sacude con frecuencia?  Sí  No

¿Camina dormido con frecuencia?  Sí  No

¿Habla dormido?  Sí  No

¿Tiene convulsiones epilépticas durante la noche?  Sí  No

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Escala de somnolencia de Epworth

¿Qué tan probable es que se quede dormido en las siguientes situaciones, incluso si no ha hecho la actividad recientemente? Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación.  
**0 = nunca me quedaría dormido 1 = leve probabilidad de quedarme dormido 2 = probabilidad moderada de quedarme dormido 3 = probabilidad alta de quedarme dormido**

	0	1	2	3
Sentado leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirando la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado, sin hacer nada, en un lugar público, como un teatro o una reunión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pasajero en un auto durante una hora sin ninguna pausa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recostado para descansar a la tarde cuando las circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado hablando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado después del almuerzo sin haber tomado alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un auto que está detenido unos minutos por el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación total: \_\_\_\_\_

Gracias por completar este cuestionario. Apreciamos enormemente su colaboración. Esta información nos ayudará a darle a usted o a su ser querido la mejor atención médica posible.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_