

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Cuestionario del sueño del paciente

Fecha ___ / ___ / ___ Nombre _____

Edad / Sex _____ / _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Fecha de Estudio ___ / ___ / ___

Altura Peso _____ SSN _____

Dirección _____

Teléfono _____ Work / Cell _____

Occupation _____ horas de trabajo habituales / Días _____

Estado civil: Individual Casado Divorciado Viudo

Refiriéndose Physician _____

Mi principal sueño Queja (s) es:

Sueño de

1. ¿Cuál es su hora de dormir es normal?: _____ PM
2. ¿Cuál es su tiempo de vigilia normal?: _____ AM
3. ¿Cuánto tiempo toma normalmente a dormir? ___ Hrs. ___ Mins.
4. ¿Cuántas horas duerme normalmente por la noche? ___ Hrs. ___ Mins.

Higiene del Sueño

¿Realiza la siguiente en la cama? Marque todas las que aplican:

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> argumento | <input type="checkbox"/> comprobar el reloj | <input type="checkbox"/> comer | <input type="checkbox"/> leer |
| <input type="checkbox"/> ver la television | <input type="checkbox"/> preocuparse | <input type="checkbox"/> escribe | <input type="checkbox"/> ninguno |

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Los hábitos de sueño

- viajo con frecuencia a través de 2 o más zonas horarias.
- Puedo beber alcohol antes de acostarse.
- fumo antes de dormir o cuando me despierto durante la noche.
- Puedo comer un bocadillo antes de acostarse.
- debo comer si me despierto durante la noche.
- Yo normalmente despierta de su sueño de ir al baño.
- tengo problemas para conciliar el sueño.
- Con frecuencia se despierta durante la noche.
- no puedo volver a dormir con facilidad si se despierta durante la noche.
- A veces tengo problemas para dormirse o para permanecer dormido a causa del dolor o malestar.
- Cuando me quedo dormido o justo antes de que me levanto, me siento como si estoy paralizado.
- A menudo pensamientos que comenzar a correr por mi mente cuando trato de conciliar el sueño.
- Me levanto temprano en la mañana y aún estoy cansado, pero no puedo volver a dormir.
- tengo pesadillas como un adulto.
- que experimente un aumento paulatino del rastreo o sensación de hormigueo en las piernas al intentar conciliar el sueño.
- Me sudan mucho durante el sueño.
- No puedo dormir en mi espalda.
- Por lo general siesta durante el día.
- los encuentro refrescante

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Las quejas durante el día

1. ¿Usted normalmente siente descansado cuando se despierta? Si No
2. ¿Alguna vez tomar siestas durante el día? Si No
En caso afirmativo, con qué frecuencia? _____
3. ¿Alguna vez ha tenido accidentes o casi accidentes, debido a la somnolencia? Si No
4. Cuando se le ira, miedo, o la risa ¿Alguna vez se siente débil o cree que puede caer? Si No
5. Cuando te quedas dormido, o simplemente antes de que despiertes,
te sientes como si están paralizados usted? Si No

Por favor, complete los siguientes:

¿Qué posibilidades hay que dormirse en los siguientes casos, en contraste con sólo sentirse cansado? Esto se refiere a su forma de vida habitual en el último par de meses. Aunque usted no lo han hecho algunas de estas cosas hace poco, tratar de llegar a la forma en que habría afectado a usted. Use la siguiente escala para elegir el número más adecuado para cada situación:

0 = Nunca 1 = siesta ligera posibilidad de que dormitaba 2 = probabilidad moderada de dormitar 3 = alta probabilidad de dormitar

Situación o actividad	Posibilidad de dormitar			
	(0)	(1)	(2)	(3)
Sentado y mirando la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado inactivo en un lugar público (es decir: 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 interrupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostarse a descansar en la tarde, cuando las circunstancias lo permitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado y hablando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un coche, mientras que se detuvo por unos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total:				

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Historial Médico

Por favor, compruebe si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nasal crónica / problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar crónica (EPOC, enfisema) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> La presión arterial alta | <input type="checkbox"/> la enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la depresión | <input type="checkbox"/> los trastornos convulsivos |
| <input type="checkbox"/> trazos | <input type="checkbox"/> ERGE |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Claustrofobia |
| <input type="checkbox"/> Los ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía Otros |
| <input type="checkbox"/> nariz o la garganta de la cirugía | |

1. Si la lista de los principales problemas médicos o cirugías que haya tenido que no pueden ser mencionados:

2. Anote todos los medicamentos que esté tomando, incluso sin receta y los agentes de dormir:

3. ¿Tiene algún medicamento o alergias tipo de adhesivo?

En caso afirmativo, indique:

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Historia Social

-
1. ¿Toma bebidas alcohólicas? Si No

En caso afirmativo, qué tipo y cuánto por día?

2. ¿Bebe regularmente bebidas con cafeína? Si No

En caso afirmativo, qué tipo y cuántas tazas o vasos de cada uno?

3. ¿Ha aumentado de peso durante el último año? Si No

En caso afirmativo, ¿cuánto?

4. ¿Usa tabaco? Si No

Paquete de cigarros Cigarros mascar

En caso afirmativo, ¿cuánto?

5. ¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado con un problema de sueño? Si No

En caso afirmativo, sírvase describir:

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Pasado el trastorno del sueño diagnóstico o tratamiento

1. ¿Alguna vez has tenido un diagnóstico previo de un trastorno del sueño? Si No

En caso afirmativo, explique:

1. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía para un problema de sueño o los ronquidos? Si No

En caso afirmativo, qué tipo de cirugía se hizo?

2. ¿Utiliza usted el oxígeno por la noche cuando duerme? Si No

En caso afirmativo, ¿cuánto?

3. ¿Utiliza CPAP o BIPAP de apnea del sueño? Si No

En caso afirmativo, ¿qué niveles de presión, es actualmente prescrito para usted? ____ Cm H20

4. ¿Alguna vez ha sido tratado con medicamentos para un problema de sueño? Si No

En caso afirmativo, describa:

5. ¿Tiene otros comentarios o inquietudes acerca de su sueño?
