

**SERVICIOS DE MEDICINA DEL SUEÑO**

En la mañana al terminar el Estudio del Sueño y después de haberse retirado el equipo suministrado complete por favor el siguiente cuestionario.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha del día:** \_\_\_\_\_

¿A qué hora se fue a acostar? \_\_\_\_\_

¿A qué hora empezó el estudio? \_\_\_\_\_

¿En cuánto tiempo cree usted que se quedó dormido? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas cree usted que durmió? \_\_\_\_\_

Como compara usted la noche de su Estudio del Sueño con una noche regular (normal) de sueño? \_\_\_\_\_peor \_\_\_\_\_lo mismo \_\_\_\_\_mejor

¿Cuántas veces se despertó anoche? \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de las medicinas (remedios) que usted tomo durante el día.

---

---

---

Por favor haga una lista de las medicinas (remedios) que usted tomo antes de acostarse.

---

---

---

¿Uso usted alguna prótesis dental para dormir? (dentadura parcial o total, protector de dentadura, etc.)

---

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

---

---

**SERVICIOS DE MEDICINA DEL SUENO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Alergia al LATEX? YES \_\_\_ NO \_\_\_ Alergia a los adhesivos? YES \_\_\_ NO \_\_\_

**PREPARACION DEL EQUIPO:**

Todos los sensores han sido revisados y el equipo está completo.

Correa, cánula, cinta adhesiva, Instrucciones, numero de contacto.

El paciente firmo el formulario de consentimiento.

El paciente recibió los formularios que debe completar; cuestionario de la mañana siguiente, ESS, instrucciones.

El equipo está preparado para el estudio del sueño.

RPSGT firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**EDUCACION DEL PACIENTE:**

Recibió información acerca de la Apnea del Sueño.

Fue instruido de cómo usar el equipo y aplicar los sensores necesarios.

Sabe usted donde y a que hora debe regresar el equipo.

Recibió usted información acerca de a quien llamar en caso de algún problema antes, durante o después de su estudio del sueño.

Entiende que usted es responsable del equipo mientras esté en su posesión. Garantiza usted que retornara el equipo en las condiciones que fue recibido y en el tiempo y lugar señalado.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_