1395 Commercial St. SE
Salem, OR 97302
503-990-7187 Teléfono
503-990-7437 Fax
Contact@salemsleepmedicine.com

Fecha: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre: _____ Medio Nombre_____ Apellido _____

Domicilió_____ Número Telefónico_____

Etnicidad/Raza (por favor de circular) Negro o Africano Americano, Americano Caucásico(a), Hispano o Latino, Otro_____

Lengua Preferida: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estatutos _____

Edad_____ Sexo: _____ Farmacia/Ubicación: _____

¿Tiene Medicaid (Plan de Salud de Oregón)? _____

Médico de Referencia: _____ Médico de Cabecera: _____

Razón de Evaluación: _____

Por Favor de describir su mero problema(s) de dormir _____

¿Por cuánto tiempo lleva presintiendo estos problemas? _____

Por favor describa en detalle como la fatiga o el no dormir afecta su trabajo/calidad de vida: _____
_____

¿Trabaja horario normal? _____ Turno de Tarde _____ Turno de Noche _____

PREVIO EVALUACIÓN DE DORMIR: **Por Favor de circular SÍ o NO**

¿Has tenido un estudio de dormir? SI / NO

Si la respuesta es sí, ¿cuándo y en dónde? _____

Al momento está usando CPAP, BiPAP, ¿o aparato oral para la apnea de dormir? SÍ / NO

PATRON DE DORMIR:

Yo me voy acostar a las _____.

Me toma _____ minutos para quedarme dormido.

Después de quedarme dormido, me despierto _____ veces en la noche.

Cuando me despierto es porque (Por favor de seleccionar la respuesta que aplique):

- A Orinar (_____ veces en la noche).
- Por Sofoco's.
- Otro _____.

¿Cuándo trato de quedarme dormido(a) Tengo muchos pensamientos por mi mente? SÍ/NO

Cuando trato de quedarme dormido(a), Tengo una irresistible urgencia de mover mis brazos y mis piernas para sentirme cómodo. SÍ/ NO

RESPIRACIÓN MIENTRAS DORMIR:

Me han dicho que dejó de respirar mientras estaba dormido(a). SÍ / NO

Me despierto en la noche ahogándome o tratando de inhalar aire SÍ/ NO

Me han dicho que ronco. SÍ / NO

Me he despertado por mi propio ronquido. SÍ / NO

PATRON DE DESPERTAR:

Me despierto más o menos a las _____ AM/PM.

¿Normalmente me siento refrescado cuando me despierto? SÍ / NO

La mayoría de las veces siento dolores de cabeza al despertar. SÍ / NO

Tengo la boca reseca cuando me despierto. SÍ / NO

Me siento bien al principio, pero después de unas horas, necesito volverme a dormir. SÍ / NO

Me ha sucedido experiencia de mirar imágenes de sueño, alucinaciones, sonidos mientras me trato de quedar dormido(a) o al despertar. SÍ / NO

He tenido la experiencia donde de repente se me desfuerzan los músculos cuando me río, enojo, o con una sorpresa.

He tenido la incapacidad de moverme cuando me trato de quedar dormido o al despertar. SÍ/ NO

SUEÑO DURANTE EL DÍA:

Yo tomo siestas durante el día SÍ / NO

Me he quedado dormido al conducir SÍ / NO

Use la báscula debajo y circule el número apropiado para cada pregunta. Suma el total al final.

0= nada de quedarme dormido 1= leve de quedarme dormido 2= moderado de quedarme dormido 3= Grave de quedarme dormido

Sentado(a) y leyendo algo aburrido	0	1	2	3
Sentado(a) inactiva en un lugar público	0	1	2	3
Sentado(a) de pasajero(a) en el asiento de un carro por una hora sin tomar descanso	0	1	2	3
Acostado(a) el resto de la tarde cuando las circunstancias lo permite	0	1	2	3
Sentado(a) y platicando con alguien	0	1	2	3
Sentado(a) callado(a) después de un buen almuerzo, sin alcohol	0	1	2	3
En un carro, mientras esta en alto por algunos minutos en tráfico	0	1	2	3
Mirado Televisión	0	1	2	3

Suma Total _____

HISTORIA MÉDICA (por favor circule SI o NO)

Alergias	SÍ / NO	Enfermedad de la Vesícula	SÍ / NO
Ansiedad	SÍ / NO	Reflujo Gástrico	SÍ / NO
Artritis	SÍ / NO	Dolor de Cabeza/Migraña	SÍ/ NO
Asma	SÍ / NO	Ataqué al Corazón	SÍ / NO
Fibrilación Auricular	SÍ / NO	Hipertensión	SÍ / NO
Hipertrofia prostática benigna	SÍ / NO	Síndrome del intestino irritable	SÍ/ NO
Cáncer	SÍ / NO	Osteoporosis	SÍ / NO
Arteriopatía coronaria	SÍ / NO	Insuficiencia Renal	SÍ / NO
EPOC (Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva)			SÍ/ NO
Depresión	SÍ / NO	Desorden de convulsiones	SÍ / NO
Diabetes	SÍ/ NO	Derrame Cerebral	SÍ / NO
Lípidos altos	SÍ / NO	Enfermedad de tiroides	SÍ / NO
		Otro_____	

HISTORIA DE CIRUGÍAS/ AÑO

_____ _____

_____ _____

MEDICAMENTOS:(Por favor de incluir medicamentos recetados, y no recetados, vitaminas, minerales, hierbas)

Nombre de Medicamento	**Cantidad**	**Instrucciones**

Por favor de usar esta página por detrás para incorporar medicamentos adicionales

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

¿Sabe si usted tiene alguna alergia a algún medicamento? SÍ / NO

Si la respuesta es sí, por favor de escribir debajo:

Nombre de alergia	**Experiencia de Reacción**

HISTORIA SOCIALES/ HÁBITOS:(Por favor de circular SI o NO)

¿Actualmente usted fuma cigarrillos o usa algún producto de tabaco? SÍ / NO
Si la respuesta es sí, ¿por cuántos años? _____ cuántos Paquetes por día? _____
¿Alguna vez ha tratado de dejar de fumar? SÍ / NO

¿Ha fumado en el pasado? SÍ / NO
¿Si la respuesta es sí, por cuantos años? _____ Cuántos paquetes por día? ___ Año que dejó de fumar_____
¿Usted usa cafeína? SÍ / NO
¿Cuántos vasos de 8-oz al día? Café _____ Te_____ Soda_____

¿Usted toma alcohol? SÍ / NO
¿Cuántas bebidas alcohólicas toma por semana? Cerveza _____ Vino _____ Licor_____
¿Usted usa drogas recreacionales? SÍ / NO
¿Si las ha usado en el pasado? SÍ / NO
¿Usted tiene una tarjeta médica para la marijuana? SÍ / NO
¿Hace ejercicio? SI/ NO
¿Qué tipo de ejercicio? _____ frecuencia de ejercicio _____

HISTORIA FAMILIAR DE DESÓRDENES DE DORMIR:

Apnea de Dormir Padre _____ Madre _____
Hermano _____ Hermana _____
Otro _____

Síndrome de la pierna inquieta Pariente: _____
Narcolepsia Pariente: _____

REPASO DEL SISTEMA

CONSTITUCIONAL
Cambio en apetito SI / NO
¿Perdido de peso comparado a un año? _____ lbs. ¿Hace 5 años? _____ lbs.
¿Aumento de peso comparado a un año? _____ lbs. ¿Hace 5 años? _____ lbs.

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta
Frecuencia de dolor de cabeza por las mañanas SÍ / NO
Dificultad de respirar por la nariz SÍ / NO
Ha tenido cirugía de nariz SÍ / NO

RESPIRATORIO

Tos por más de 2-4 semanas	SÍ / NO
Dificultad para respirar o sibilancias	SÍ / NO
Asma	SÍ / NO
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	SÍ / NO
Tos	SÍ / NO

CARDIOVASCULAR

Irregular o latidos cardíacos acelerados	SÍ / NO
Hinchazón en los pies o tobillos	SÍ / NO
Desmayo o Desmayarse	SÍ / NO
Edema	SÍ / NO

VASCULAR

Calambre en los pies	SÍ /NO

GASTROINTESTINAL

Dolor en el abdomen	SÍ / NO
Inflado	SÍ / NO
Frecuencia de acidez o indigestión	SÍ / NO
Dificultad al tragar	SÍ / NO
Reflujo Gástrico	SÍ / NO

GENITOURINARIO(A)

¿Orina más de 2 veces por noche?	SÍ / NO
Incontinencia urinaria	SÍ / NO

METABOLICO/ ENDOCRINO

Patón de sueno anormal	SÍ / NO
Cambio de sueno/despertar patón	SÍ / NO
Suda en las noches	SÍ / NO

NEUROLOGICO/ PSYCHATRICO

Se le ha ido de repente la visión, fuerza, o incapacidad de hablar	SÍ / NO
Dolores de Cabeza	SÍ / NO
Mareos	SÍ / NO
Convulsiones	SÍ / NO
Vértigo	SÍ / NO
Modo Irritable	SÍ / NO
Ansiedad	SÍ / NO
Depresión	SÍ / NO

MUSCULOSKELETAL

Dolor muscular difuso	SÍ / NO

HEMATOLOGIA

Moretones inusuales o sangramiento	SÍ / NO

MOVILIDAD

Se ha caído por no tener buen balance/ desfuerzo en músculos	SÍ / NO
Usa un bordón o silla de ruedas	SÍ / NO