



CUESTIONARIO E INSTRUCCIONES DEL ESTUDIO DEL SUEÑO

Lugar de la cita: _____ Fecha de la cita: _____ Hora de la cita: _____

INSTRUCCIONES:

Tenga presente que contamos con cuatro laboratorios del sueño. Lea las instrucciones a continuación sobre cómo ingresar a nuestra sala después del horario de atención. Todos los consultorios están cerrados después del horario de atención y deberá hacer referencia a estas instrucciones para poder ingresar.

9010 Lorton Station Blvd Suite 220, Lorton, VA 22079

- Llegue a tiempo a la cita programada, a las 9:00 p. m. o a las 9:30 p. m. No llegue antes de lo programado. Estacione en la parte trasera del edificio, el intercomunicador plateado está a la derecha de la entrada trasera. Busque y seleccione el nombre Integrated Sleep Lab y presione el botón de llamada. Esto lo comunicará con nuestra sala y el tecnólogo de turno lo dejará entrar al edificio. Nuestro consultorio está en el segundo piso. Si no usa el intercomunicador, el tecnólogo de turno no sabrá que ha llegado y la puerta de la sala se cerrará con llave. Use el intercomunicador como se indica.

7115 Leesburg Pike Suite 201, Falls Church, VA 22043

- Llegue a tiempo a la cita programada, a las 9:00 p. m. o a las 9:30 p. m. No llegue antes de lo programado. Use el intercomunicador plateado que está a la derecha de la entrada del edificio. Presione # para ver el directorio y busque "Sleep Lab" (Laboratorio del Sueño), luego le indicarán que marque 02 para llamar a nuestra sala y el tecnólogo de turno lo dejará entrar al edificio. Nuestro consultorio está en el segundo piso. Si no usa el intercomunicador, el tecnólogo de turno no sabrá que ha llegado y la puerta de la sala se cerrará con llave. Use el intercomunicador como se indica.

6355 Walker Lane, Suite 313, Alexandria VA, 22310

- Llegue a tiempo, a las 8:45 p. m., sin importar la hora a la que se programó la cita. Los ascensores en este edificio se cierran aproximadamente a las 9:00 p. m.; por lo tanto, si llega después de esa hora, es posible que deba subir por las escaleras para entrar al consultorio. Entre por la entrada de la Sala de Urgencias. Indique al guardia de seguridad en la entrada que está aquí para ir a la sala 313, si le pregunta. Nuestro consultorio está en el tercer piso.

12007 Sunrise Valley Drive, Suite 120, Reston VA 20191

- Llegue a tiempo a la cita programada, a las 9:00 p. m. No llegue antes de lo programado. Cuando llegue, llame a nuestro consultorio al 703-313-9111 e informe al tecnólogo de que usted está en la entrada principal o en la trasera. El tecnólogo saldrá a recibirlo y le abrirá la puerta.

Gracias por preferir Integrated Sleep Services

- ✓ Conteste el cuestionario del sueño antes de la hora de la cita y tráigalo para pasárselo al tecnólogo.
- ✓ Si va a cancelar una cita, debe hacerlo 48 horas antes; de lo contrario, se le cobrarán \$200.00 por no asistir a la cita. Su seguro no cubrirá este cargo.
- ✓ Llegue al laboratorio del sueño designado a la hora programada la noche del estudio. Si llega muy temprano, es posible que no haya nadie para dejarlo entrar al edificio.
- ✓ Venga con el cabello limpio y seco y asegúrese de que el casco sea totalmente accesible (sin pelucas) y evite usar productos para el cabello, maquillaje o demasiada crema o lociones corporales la noche del estudio.
- ✓ Tome sus medicamentos habituales a menos que su médico indique lo contrario. Traiga los medicamentos que pueda necesitar durante la estancia.
- ✓ No beba alcohol el día del estudio.
- ✓ No consuma cafeína después de las 12:00 p. m. el día del estudio.
- ✓ Trate de dormir toda la noche la noche anterior al estudio y evite dormir siesta.
- ✓ Traiga un pijama cómodo para el estudio del sueño. Se prefieren los pijamas de algodón holgados.
- ✓ Disponemos de baños y cabinas de ducha para su comodidad. (EXCEPTO: Alexandria) Se usará una pasta conductora especial en su cabello para monitorear la actividad de la EEG. Por este motivo, recomendamos que se lave el cabello antes de irse del laboratorio del sueño.
- ✓ No dude en traer sus pertenencias personales que puedan ayudarlo a sentirse más cómodo en el estudio, como por ejemplo su almohada favorita, un libro, una tableta, etc.
- ✓ El tecnólogo finalizará el estudio del sueño entre las 5:00 a. m. y las 5:30 a. m.

Gracias por preferir Integrated Sleep Services

CUESTIONARIO DEL SUEÑO:

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Médico que deriva: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

***Esto es obligatorio si uno de nuestros médicos no lo ha atendido en nuestro consultorio antes de la cita para el estudio del sueño.**

Seguro primario: _____

Dirección del seguro: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Relación con el titular de la póliza: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

Indique su estatura: _____ pies _____ pulgadas Peso actual: _____ libras Peso hace un año: _____ libras

¿Ha fluctuado su peso de forma considerable dentro de los últimos 5 años? SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿por qué? _____

¿Le han extraído las amígdalas? SÍ NO

¿Le han extraído las adenoides? SÍ NO

¿Se ha sometido a alguna otra cirugía? SÍ NO

Si la respuesta es sí, indique la cirugía y la fecha (mm/aa): _____

MOTIVO DE LA CITA

¿Por qué busca tratamiento en este momento?

- Ronquido Exceso de somnolencia durante el día Movimiento de las piernas durante el sueño
 Dificultad para quedarse dormido Dificultad para mantenerse dormido Mal horario de sueño y vigilia
 Conductas perjudiciales durante el sueño Despierta muy temprano
 Otro: _____

¿Cuándo comenzaron sus problemas de sueño? _____

- ¿Se ha sometido alguna vez a una evaluación del sueño o un estudio del sueño (polisomnografía)?

(Si es posible, proporcione una copia del informe del estudio del sueño anterior)

SÍ NO

- ¿Alguna vez le han diagnosticado apnea?

SÍ NO

- Si la respuesta es sí, ¿qué tratamiento recibió? _____

- ¿Aún está en tratamiento? SÍ NO

- Si no es así, ¿por qué?

CUESTIONARIO DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH:

¿Cuál es la probabilidad de que dormite o se quede dormido en las 8 situaciones que se describen a continuación, en comparación con solo sentirse cansado?

Esto se refiere a su estilo de vida habitual en el último tiempo. Aunque no haya realizado ninguna de estas actividades recientemente, trate de pensar cómo lo habrían afectado.

Use la siguiente escala para elegir el número más adecuado para cada situación:

- 0 = nunca dormiría
- 1 = probabilidad leve de dormir
- 2 = probabilidad moderada de dormir
- 3 = probabilidad alta de dormir

| SITUACIÓN | PROBABILIDAD DE DORMITAR | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|
| Sentado y leyendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Viendo televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, en un teatro o en | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Como pasajero en un automóvil durante una hora sin interrupciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Recostado para descansar en la tarde cuando las circunstancias lo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentado y conversando con alguien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En un auto, mientras se detiene unos minutos en el tráfico | 0 | 1 | 2 | 3 |

CUESTIONARIO DE SOSPECHA DE APNEA:

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Ronca muy fuerte? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Experimenta somnolencia excesiva durante el día? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha presenciado apneas? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Tiene presión arterial alta? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Tiene un IMC superior a 35? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Tiene más de 50 años de edad? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿La circunferencia del cuello es superior a 40? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

ALERGIAS

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Es alérgico a algún medicamento? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Si la respuesta es sí, indique todos los medicamentos: _____ | | |
| ¿Tiene alguna otra alergia? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| Si la respuesta es sí indique todas las alergias: _____ | | |

