

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha actual: _____

Neumonología y medicina del sueño
(Pulmonary and Sleep Medicine)

585 West College Avenue - Santa Rosa, CA 95401

Tel.: (707) 526-3500 · Fax: (707) 526-2358

1476 Professional Drive, Suite 504 - Petaluma, CA 94954

Tel.: (707) 781-7231 · Fax: (707) 781-7364

Cuestionario sobre el sueño del paciente

Altura: _____ Peso actual: _____ Del año pasado: _____ De hace 5 años: _____

¿Cuál es su principal inquietud en cuanto al sueño? _____

¿Hace cuánto que esto se ha convertido en un problema? _____ semanas / meses / años (marque la opción que corresponda con un círculo)

¿Se ha sometido alguna vez a un estudio del sueño? Sí / No (marque la opción que corresponda con un círculo). Si lo hizo, ¿dónde y cuándo fue? _____

¿Se ha sometido alguna vez a ☐ presión positiva continua en la vía aérea (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP)

☐ presión positiva de dos niveles en las vías aéreas (Bilevel Positive Airway Pressure, BiPAP) ☐ oxigenoterapia?

¿Se somete actualmente a CPAP/BiPAP? _____ ¿De dónde obtiene los suministros? _____

¿Ha recibido otro(s) tratamiento(s) relacionado(s) con el sueño, p. ej., pastillas para dormir, etc.? _____

Horario del sueño

¿A qué hora se va a dormir normalmente? Los días laborales: _____ Los fines de semana: _____

¿Qué tan rápido se queda dormido? _____ ¿Cuántas veces se despierta? _____

¿Qué es lo que lo despierta? _____

¿Cuánto tiempo le lleva reanudar el sueño? _____

¿A qué hora se despierta por la mañana? _____ ¿Necesita un despertador para despertarse? _____

¿A qué hora se levanta por la mañana? _____

¿Se siente renovado o descansado cuando se despierta? _____

¿Duerme la siesta? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Qué medicamentos, hierbas, tés, etc. consume para ayudarlo a dormir? _____

Entorno del sueño

¿Duerme ☐ solo ☐ con alguien en la misma habitación ☐ con alguien en la misma cama?

¿Hubo cambios en la modalidad del sueño causados por alguna muerte, divorcio, enfermedad u otras razones? Explique:

Su habitación: ¿es fresca? _____ ¿es silenciosa? _____ ¿es oscura? _____

¿Su pareja, otras personas en su hogar o mascotas le alteran el sueño? _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

- ☐ ¿Le han dicho que ronca?
- ☐ ¿Frecuencia del ronquido? (marque la opción que corresponda con un círculo) Todas las noches / Ocasionalmente / Raramente / Nunca / Cuando duerme boca arriba / Desconoce
- ☐ ¿Ha observado la persona que duerme con usted apnea, contención de la respiración, jadeo, respiración por la boca o respiración con dificultad de su parte?
- ☐ ¿Se despierta debido al jadeo o a su propio ronquido?
- ☐ ¿Se despierta para ir al baño? ¿Frecuencia por noche? _____
- ☐ ¿Se despierta con la boca seca o con dolor de garganta?
- ☐ Durante el día ¿padece somnolencia, cansancio, fatiga, baja energía?
- ☐ ¿Se despierta con dolor de cabeza o sufre frecuentemente dolor de cabeza durante el día?
- ☐ ¿No se puede dormir boca arriba?
- ☐ ¿Tiene acidez, dispepsia o síntomas de reflujo (durante el día o en la noche)?

-
- ☐ Me cuesta quedarme dormido o permanecer dormido.
 - ☐ Me despierto por la mañana más temprano de lo que desearía.
 - ☐ Los pensamientos atraviesan mi mente y no me dejan dormir.
 - ☐ A menudo me despierto y me cuesta reanudar el sueño.
 - ☐ Me preocupo por cosas y no me puedo relajar.
 - ☐ Me recuesto y permanezco despierto media hora o más antes de dormir.
 - ☐ Con frecuencia me siento frustrado, triste o depresivo porque no puedo dormir.
 - ☐ Se me confunden los días y las noches.

-
- ☐ Me he sentido somnoliento mientras manejo.
 - ☐ Me he quedado dormido manejando.
 - ☐ Tengo problemas con la capacidad de concentración, la atención, la vigilancia o para permanecer despierto.
 - ☐ Tengo problemas con la capacidad de atención y la distracción.
 - ☐ Me he quedado dormido en entornos sociales, p. ej., en el cine, en el trabajo o en una fiesta.

-
- ☐ Me he quedado dormido repentinamente.
 - ☐ Me he quedado dormido al sentirme emocionalmente cargado, p. ej., cuando me estoy riendo o estoy discutiendo.
 - ☐ He experimentado sueños que parecen muy reales o alucinaciones apenas me duermo o apenas me despierto.
 - ☐ Empiezo a soñar apenas me duermo o durante la siesta.
 - ☐ Tengo "ataques de sueño" durante el día sin importar cuánto trate de estar despierto.
 - ☐ He tenido episodios en los que me siento paralizado después de despertarme.

-
- ☐ He notado o me han dicho que pateo y me sacudo cuando duermo.
 - ☐ He experimentado una sensación de dolor o de arrastre en las piernas.
 - ☐ He experimentado calambres en las piernas durante la noche.
 - ☐ A veces no puedo dejar las piernas quietas; las tengo que mover para sentirme cómodo.

-
- ☐ Tengo pesadillas.
 - ☐ He tenido episodios de sonambulismo o de despertares confusos.
 - ☐ Como o hablo dormido.
 - ☐ Me han dicho que interpreto mis sueños.
 - ☐ Rechino o aprieto los dientes dormido.

Antecedentes dentales

- ☐ ¿Tiene antecedentes de ortodoncia (aparatos, retenedores, etc.)? Cuándo: _____
- ☐ Visita más reciente al odontólogo: (mes/año): _____
- ☐ ¿Dentadura postiza?
- ☐ ¿Férula dental por bruxismo o por rechinar los dientes?

Antecedentes quirúrgicos

- ☐ ¿Amigdalectomía, adenoidectomía o adenoamigdalectomía combinada?
- ☐ ¿Cirugía nasal o sinusal, reparación quirúrgica del tabique nasal o rinoplastia?
- ☐ ¿Cirugía dental en la mandíbula o maxilar?

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escala de somnolencia de Epworth

¿Cuán probable es que dormite o se quede dormido en las siguientes situaciones (a diferencia de sentirse generalmente cansado) considerando su estilo de vida normal en el último tiempo? Si no ha hecho alguna de estas cosas recientemente, considere si en estas situaciones podría quedarse dormido o dormitar.

Probabilidades de dormitar o quedarse dormido en las siguientes situaciones:		Marque con un círculo la respuesta que corresponda			
		Nunca	Leves	Moderadas	Altas
	Sentado leyendo	0	1	2	3
	Mirando televisión	0	1	2	3
	Sentado, inactivo, en un lugar público (p. ej., en un teatro o una reunión)	0	1	2	3
	Como pasajero en un automóvil durante una hora seguida	0	1	2	3
	Recostado para descansar durante la tardecita cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
	Sentado hablando con alguien	0	1	2	3
	Sentado en silencio después de comer sin beber alcohol	0	1	2	3
	En un automóvil, mientras se detiene unos minutos en medio del tráfico	0	1	2	3

Cuestionario sobre la obstrucción nasal y la efectividad de la septoplastía (Nasal Obstruction and Septoplasty Effectiveness, NOSE)

En el último mes, ¿cuán problemáticas resultaron las siguientes afecciones?		Marque con un círculo la respuesta que corresponda				
		No es un problema	Problema muy leve	Problema moderado	Problema bastante serio	Problema grave
	Congestión nasal o falta de aire	0	1	2	3	4
	Obstrucción u oclusión nasal	0	1	2	3	4
	Problemas para respirar por la nariz	0	1	2	3	4
	Problemas para dormir	0	1	2	3	4
	Incapacidad de recibir suficiente aire por la nariz durante ejercicios o esfuerzos físicos	0	1	2	3	4

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cuestionario para las personas que duermen con el paciente o lo observan dormir

Nota para el paciente: Debe entregarle este formulario a alguien que lo haya observado dormir.

¿Dónde duerme normalmente con respecto al paciente?

- ☐ En la misma cama
- ☐ En la misma habitación
- ☐ En la misma casa

¿Cuán a menudo lo ha observado dormir?

- ☐ Todas las noches
- ☐ A menudo
- ☐ No muy frecuentemente

Haga un tic en los siguientes comportamientos que haya observado mientras el paciente estaba durmiendo:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Ronca despacio | ☐ Sacude las piernas/los brazos o pateo | ☐ Come dormido |
| ☐ Ronca fuerte | ☐ Interpreta los sueños | ☐ Habla dormido |
| ☐ Hace pausas al respirar | ☐ Se sienta en la cama dormido | ☐ Rechina o aprieta los dientes |
| ☐ Ronca fuerte ocasionalmente | ☐ Se levanta de la cama dormido | ☐ Se ahoga |
| ☐ Jadea | | |
| ☐ Otros, describa: _____ | | |

Describa con mayor detalle los comportamientos que marcó anteriormente. Incluya una descripción de la actividad, la hora aproximada en que ocurre durante la noche, la frecuencia del comportamiento durante la noche y si ocurre todas las noches.

¿Ha observado alguna vez que el paciente se haya quedado dormido durante las actividades diarias o en situaciones peligrosas? _____

En caso afirmativo, explique: _____

Incluya cualquier otra información que le pueda resultar útil al centro para ayudar al paciente. _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



Revisión de Sistemas

Por favor indique con un SI o un NO si en el último año usted experimentó cualquiera de los siguientes síntomas

GENERAL:

Malestar	☐ SI	☐ NO
Fatiga	☐ SI	☐ NO
Escalofríos	☐ SI	☐ NO
Fiebre	☐ SI	☐ NO
Pérdida de peso (lbs.)	☐ SI	☐ NO
Aumento de peso (lbs.)	☐ SI	☐ NO

VISTA:

Problemas para ver	☐ SI	☐ NO
Dolor de ojos	☐ SI	☐ NO
Visión borrosa	☐ SI	☐ NO

OÍDOS/NARIZ/GARGANTA:

Sangre por la nariz	☐ SI	☐ NO
Garganta irritada	☐ SI	☐ NO
Congestión nasal	☐ SI	☐ NO
Dolor en la cara	☐ SI	☐ NO
Pérdida auditiva	☐ SI	☐ NO

CARDIOVASCULAR:

Dificultad para respirar	☐ SI	☐ NO
Hinchazón en una pierna	☐ SI	☐ NO
Dolor de pecho	☐ SI	☐ NO
Palpitaciones	☐ SI	☐ NO

RESPIRATORIO:

Sibilancia o silbido al respirar	☐ SI	☐ NO
Tos con esputo (flema)	☐ SI	☐ NO
Tos	☐ SI	☐ NO
Tos con sangre	☐ SI	☐ NO

GASTROINTESTINAL:

Acidez estomacal	☐ SI	☐ NO
Dolor en el abdomen	☐ SI	☐ NO
Náuseas	☐ SI	☐ NO
Vómitos	☐ SI	☐ NO
Diarrea	☐ SI	☐ NO
Constipación	☐ SI	☐ NO
Sangre en las heces	☐ SI	☐ NO

MUSCULOESQUELÉTICO:

Dolor en una articulación	☐ SI	☐ NO
Calambres musculares	☐ SI	☐ NO
Dolor de espalda	☐ SI	☐ NO
Inflamación de articulación	☐ SI	☐ NO

PSIQUIÁTRICO

Depresión	☐ SI	☐ NO
Dificultad para dormir	☐ SI	☐ NO
Ansiedad	☐ SI	☐ NO

ENDOCRINOLÓGICO:

Sed en exceso	☐ SI	☐ NO
Intolerancia al frío	☐ SI	☐ NO
Intolerancia al calor	☐ SI	☐ NO
Sudores nocturnos	☐ SI	☐ NO
Cambios en la piel	☐ SI	☐ NO
Cambios en la cabellera	☐ SI	☐ NO

PIEL:

Erupciones o sarpullido nuevos	☐ SI	☐ NO
Nódulo	☐ SI	☐ NO
Inflamación en la piel	☐ SI	☐ NO

SANGUÍNEO/LINFÁTICO:

Ganglios linfáticos inflamados	☐ SI	☐ NO
Contusiones fáciles	☐ SI	☐ NO
Sangrado fácil	☐ SI	☐ NO

GENITOURINARIO:

Frecuencia urinaria	☐ SI	☐ NO
Urgencia urinaria	☐ SI	☐ NO
Dolor en la pelvis	☐ SI	☐ NO
Incontinencia	☐ SI	☐ NO
Nocturia	☐ SI	☐ NO

ALERGIAS:

Ojos irritados	☐ SI	☐ NO
Alergia al polen	☐ SI	☐ NO
Urticaria	☐ SI	☐ NO