



Name: _____

Date: _____

Horario de trabajo

Cuando es tu turno de trabajo habitual empezar? _____ am _____ pm

Cuando termina su jornada de trabajo habitual? _____ am _____ pm

Hace el trabajo por turnos? Yes No

Sueno Programar

Dia de la semana/Fin de semana

Hora de ir a la cama? _____

Cuanto tiempo le toma par air a dormir? _____ horas/min

Cuantas horas duerme cada noche? _____

Toma siestas? Yes No

En caso afirmativo, Cuantos dias a la semana? _____

En promedio, cuanto tiempo son las nucas? _____ Hrs.

Bed Cuestionario Pareja

Pídale a alguien familiarizado con su sueño de responder a la sección siguiente sobre su (esposo, padre, etc

Nombre de la persona que llena esta sección: _____

El paciente.....

Respuesta a Continuacion

Deje de respirar en su su/sueno? Si No

Con que frecuencia las pausas en la respiracion se producen?
 Todas las noches
 Varias veces por noche
 En Ocasiones

Ronca Fuertemente? Si No

Ronca Continuamente? Si No

Ronca todas las noches? Si No



Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC
9999 NE 2nd Ave Suite 208
Miami – Florida, 33138
www.msneurosleep.com
info@msneurosleep.com
PH: 305 754 6240 Fax: 305 754 6255

Ronquido en las siguientes posiciones: Atras
 Izquierda
 derecha
 todas las posiciones

Patada y el tiron frecuentemente? Si No

Dormir caminar o hablar durante el sueno? Si No

Comentarios:



SUEÑO REVISIÓN DE SISTEMAS

SOMNOLENCIA/SOMNOLENCIA

Esta cansado o somnoliento con frecuencia durante el día? Si No

Ha tenido algun accidente en el trabajo debido a la somnolencia? Si No

Ha tenido algun accidente de trafico cerca debido al sueno? Si No

RONQUIDO

Alguien le ha dicho que usted ronca muy fuerte? Si No

Usted ronca todas la noches? Si No

Usted ronca casi continuamente? Si No

Ha despertado con una "boca de algodón" seco? Si No

Alguien le ha dicho que usted dejar de respirar o aguantar la respiracion durante la noche? Si No

Alguna vez se despierta sin aliento? Si No

Alguna vez se depierta por la noche con tos, ahogo o dificultad respiratoria? Si No

Tiene la garganta seca cuando te levantas por la mañana? Si No

Tiene problemas para respirar por la nariz por la noche? Si No

Tiene problemas para respirar por la nariz durante el dia? Si No



Tiene Dolores de cabeza matutinos? Si No

Cambio de peso ultimos 5 años Ganado lbs _____ Ganado lbs _____

REFLUJO

Suele despertarse con un sabor agrio o una sensacion de ardor en el pecho? Si No

LA SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA

Tiene episodios repentinos de sueno durante el dia? Si No

Ha tenido periodos en los cuales usted se siente paralizado al ir a dormer o al despertar? Si No

Alguna vez has tenido alucinaciones visuals o oniricas imagines mentales al caer a dormir? Si No

Alguna vez ha experimentado debilidad fisica repentino durante las emociones Fuertes? (como su boca abierta o piernas va cojeando durante la risa o la ira) Si No

INFANCIA

Ha tenido problemas de sueno infantil de cualquier tipo? Si No

Si es asi, Describa:



RESTLESS LEGS SYNDROME/ PERIODIC LIMB MOVEMENT DISORDER

Acostumbra a patear y paja piernas por la noche mientras trataba de conciliar el sueño? Si No

Tiene molestias en sus piernad mientras intentaba conciliar el sueño? Si No

Tiene mover las piernas le dara alivio de malestar? Si No

Tiene hormigueo o molestia en las piernas durante el dia? Si No

Tiene molestias en las piernas al estar sentado durante largos periodos de tiempo? Si No

INSOMNIO

Tiene dificultad para iniciar el sueño en la noche? Si No

Tiene dificultad para permanecer dormido durante la noche? Si No

Tiene dolor que le molesta en la noche? Si No

PARASOMNIAS

Te sonambulos? Si No

Se moja la cama por la noche? Si No

Habla usted en su sueño? Si No

Alguna vez se despierta gritando? Si No

Tiene pesadillas frecuentes? Si No

Rechina los dientes mientras duerme? Si No



Nombre: _____

Fecha: _____

LA ESCALA DE EPWORTH

Su edad: _____ Sexo: (marque con un circulo) Masculino o Femenino

Qué posibilidades hay de que se duermen o se quedan dormidos en la siguiente situación en contraste con sólo sentirse cansado? Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si usted no ha hecho alguna de estas cosas recientemente, trate de averiguar cómo les han afectado. Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación

- 0 = Nunca dormirar
- 1 = leve oportunidad de dormirse
- 2 = moderada probabilidad de dormirse
- 3 = alta probabilidad de dormirse

SITUACION

PROBABILIDAD DE DOZING

- | | |
|--|-------|
| 1. Sentado y leyendo | _____ |
| 2. Ver la TV | _____ |
| 3. Sentado, inactivo en un lugar public
(por ejemplo, un teatro o una reunion | _____ |
| 4. Como pasajero en un coche por una hora sin interrupcion | _____ |
| 5. El acostarse a descansar en la tarde con permiso circunstancia | _____ |
| 6. Sentado y hablando con alguien | _____ |
| 7. Sentado tranquilamente despues de un almuerzo sin escuela | _____ |
| 8. En un automovil, mientras que se detuvo durante unos
minutos en el trafico | _____ |

Gracias por su cooperacion.