



## Formulario para cambios en la información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente (DOB): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Por favor, actualice cualquier información que aparezca a continuación, que haya sufrido cambio desde su última visita o,**

**Marque aquí si no hay cambios en la información a continuación**

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Seguro

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Número de Póliza (ID): \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza (si no es usted): \_\_\_\_\_ Afinidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Medicamentos

Marque aquí en caso de no tomar medicina(s)

\_\_\_\_\_

### Alergias

Marque aquí si no presenta alergias

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DOB): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Síntomas	X	Hábitos de sueño	Hora
Ronquido fuerte		¿A qué hora suele meterse en la cama?	
La respiración o los ronquidos se detienen en mi sueño		¿Cuánto tiempo se demora en caer dormido después de apagar las luces?	
Me despierto desesperado por tomar aire/respirar		¿Con qué frecuencia se despierta cada noche?	
Tengo sueño durante el día		¿Tiempo total que permanezco despierto en la cama?	
Dificultad para conciliar el sueño		¿A qué hora me despierto generalmente?	
Dificultad en permanecer dormido		¿A qué hora se levanta después de despertar?	
Me despierto demasiado temprano.		Señale el tiempo total diario que duran sus siestas diarias.	
Mi mente se dispara con muchos pensamientos cuando intento dormirme.		¿Trabaja en turnos rotativos o tiene otros cambios en el horario de trabajo y necesita más espacio para explicar?	
Con frecuencia me inquieta pensar si seré capaz o no de dormirme.		<b>Escala del sueño de Epworth</b>	
Fatiga			
Se despierta con la boca seca.			
Sueños que parecen reales o vívidos (personas en un salón, etc.) al momento en que se duerme o se despierta.		¿Cuál es la probabilidad de que usted se duerma o caiga dormido(a) en las siguientes situaciones, en contraste a sentirse simplemente cansado? Esto se relaciona con su forma habitual de vida en los últimos tiempos. Incluso si usted no ha realizado últimamente algunas de las siguientes actividades, trate de estimar la forma como ellas lo hubieran afectado. Utilice la siguiente escala para decidir la <b>cifra más adecuada para</b> cada situación. 0 = Nunca me dormiría; 1 = Ligera probabilidad de quedarse dormido; 2 = Moderada probabilidad de quedarse dormido; 3 = Alta probabilidad de quedarse dormido	
Irritabilidad/depresión			
Desmejoramiento de la memoria o incapacidad de concentración.		<b>Situación</b>	<b>Puntuación</b>
Dificultad en los senos nasales, congestión nasal o goteo post-nasal que interfieren en el sueño.		Sentado(a) y leyendo	
Acidez estomacal, eructos sulfurosos, regurgitación o indigestión, que interrumpen el sueño.		Ver TV	
Dolor que demora, impide o me despierta del sueño.		Sentado(a), inactivo(a) y en sitio público (p. ej., un teatro o una reunión).	
Incapacidad de moverse cuando usted tratando de dormirse o cuando se despierta.		Como pasajero en un vehículo durante una hora sin tiempo de descanso.	
Dolores de cabeza en la mañana		Recostado para descansar durante la tarde.	

<u>Síntomas</u>	<u>X</u>	<u>Hábitos de sueño</u>	<u>Hora</u>
Debilidad repentina o sensación de que el cuerpo se vuelve flácido cuando usted se enfada o excita.		Sentado y hablando con alguien.	
Irresistible urgencia de mover piernas o brazos.		Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol.	
Sensación de deslizamiento o de arrastre en sus piernas antes de quedarse dormido.		En un vehículo, mientras el tráfico se detiene durante unos minutos debido al tráfico.	
Piernas o manos con espasmos durante el sueño.			
Micción frecuente que interrumpe el sueño.		<b>Total*</b>	
Hablando o caminando dormido (sonambulismo)		*Un registro superior a 10 indica somnolencia.	

## Revisión de Síntomas

Por favor marque TODOS los que sean aplicables

<b>CARDÍACO</b>	Dolor de pecho		Soplo(s) en el corazón		Palpitación(es)	
<b>CONDICIÓN FÍSICA</b>	Fatiga		Fiebre		Trastornos del sueño	
	Aumento de peso		Perdida de peso			
<b>OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA</b>	Dificultad para tragar		Audífonos		Zumbido en los oídos	
	Dolor de oídos		Pérdida de la audición			
<b>ENDOCRINO</b>	Diabetes		Tiroides			
<b>OJOS</b>	Visión borrosa		Visión doble		Dolor de ojos	
<b>GASTROINTESTINAL</b>	Dolor abdominal		Estreñimiento		Acidez estomacal/reflujo	
	Incontinencia intestinal		Diarrea		Vómito	
<b>HEMATOLÓGICO</b>	Anemia		Propensión a formar hematomas			
<b>CONTAGIOSO</b>	SIDA / VIH		Sarna		Tuberculosis	
	Hepatitis		Enfermedad(es) por transmisión sexual			
<b>OSEOMUSCULAR</b>	Dolor articular		Dolor muscular		Otro	
<b>NEUROLÓGICO</b>	Dificultad en la expresión hablada		Desvanecimiento/desmayo		Adormecimiento	
	Dificultad en el uso de las manos		Dolor(es) de cabeza		Convulsiones	
	Dificultad al caminar		Pérdida de la memoria		Hormigueo	
	Mareo		Debilidad muscular		Temblores	
<b>PSIQUIÁTRICO</b>	Ansiedad		Trastorno bipolar		Depresión	
<b>RESPIRATORIO</b>	Asma		Tos crónica		Dificultad para respirar	
<b>UROLÓGICO</b>	Cálculos renales		Micción dolorosa			
	Alteraciones prostáticas		Dificultad urinaria			



## Consentimiento para la sesión sobre el sueño

He sido referido a la compañía AMDx LTD (dba, NeuroDiagnostic Laboratories) para una consulta sobre el sueño para determinar si soy candidato para una terapia correspondiente. Si se determina que soy un candidato apto para una terapia del sueño, el/los servicio(s) relacionados se programarán y efectuarán en una fecha posterior.

Tengo entendido que el proveedor me hará una serie de preguntas relacionadas con mi condición de salud actual, a fin de realizar una evaluación y recomendar posibles opciones de tratamiento.

SE ME HA INFORMADO Y COMPRENDO LAS DEFINICIONES Y PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN ESTE DOCUMENTO Y, ACEPTO CONTINUAR CON LA SESIÓN SOBRE EL SUEÑO.

**Nombre del paciente** (impreso): \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Si es pertinente, por favor escriba el nombre del representante del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Afinidad con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del representante:** \_\_\_\_\_