

Sleep History - Spanish  
Page 1 of 4



Place Patient Label  
Inside This Box

FirstHealth Moore Regional Hospital:  Moore  Richmond  
FirstHealth Montgomery Memorial Hospital:

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Médico que le ha referido \_\_\_\_\_

Motivos para el estudio del sueño: \_\_\_\_\_

¿Ronca usted?     Sí  No  No sé    De responder "sí", conteste a lo siguiente:  
    ¿Es ruidoso?                                     Sí  No     No sé  
    ¿En qué postura está cuando ronca?     Solo acostado sobre la espalda     En todas las posturas  
    ¿Es peor si está sobre la espalda?       Sí  No  
    ¿Ronca si se queda dormido en una silla?  Sí  No  
    ¿Eso le causa molestias a alguien?       Sí  No

¿Alguna vez alguien ha notado si usted deja de respirar mientras duerme?     Sí  No     No sé

¿Se despierta jadeando o con respiración entrecortada al dormir?     Sí  No     No sé

Se despierta con alguna de las siguientes:     Boca secamouth     Dolor de cabeza

¿Se siente soñoliento durante el día?     Sí  No    De responder "sí", conteste a lo siguiente:  
    De responder "sí", ¿cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_  
    ¿Cuándo empezó? \_\_\_\_\_  
    ¿Se está empeorado?     Sí  No     No sé

¿Toma siestas durante el día?     Sí  No    De responder "sí", conteste a lo siguiente:  
    ¿Cuántas a la semana? \_\_\_\_\_  
    En promedio, ¿cuánto tiempo duran? \_\_\_\_\_  
    ¿Las siestas son restauradoras?     Sí  No     N/A

¿Ha estado alguna vez ha estado a punto o ha tenido un accidente debido a la soñolencia?     Sí  No     No lo sé

**Háblenos sobre su horario para dormir:**

¿A qué hora se va a dormir durante los días laborales? \_\_\_\_\_    ¿A qué hora despierta? \_\_\_\_\_  
¿A qué hora se va a dormir durante el fin de semana? \_\_\_\_\_    ¿A qué hora despierta? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo le lleva quedarse dormido? \_\_\_\_\_  
¿Se despierta durante la noche?     Sí  No  
¿Cuántas veces por noche? \_\_\_\_\_  
¿Vuelve a quedarse dormido fácilmente?     Sí  No

Place Patient Label  
Inside This Box

Sleep History - Spanish  
Page 2 of 4

¿A veces siente agitación o incomodidad en las piernas?       Sí  No      De responder "sí", conteste a lo siguiente:

Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué hace para aliviarlo? \_\_\_\_\_

¿Qué tan frecuentemente ocurre? \_\_\_\_\_

¿Eso interfiere con su sueño?       Sí  No

¿Ha sentido alguna vez pérdida repentina de la fuerza (en brazos, piernas) en respuesta a una situación emocional?       Sí  No

¿Se ha sentido alguna vez paralizado al momento de despertarse o cuando se está quedando dormido?       Sí  No

¿Alguna vez experimenta visiones vívidas o amenazantes mientras se está quedando dormido o durante siestas?       Sí  No

¿Es sonámbulo o habla durante su sueño?       Sí  No

¿Alguna vez se ha orinado en la cama?       Sí  No

¿Tiene pesadillas?       Sí  No

**Háblenos sobre su horario durante el día:**

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

Horas de trabajo (si corresponde) \_\_\_\_\_

Si no trabaja, ¿cómo ocupa el tiempo del día? \_\_\_\_\_

¿Qué hace en las tardes? \_\_\_\_\_

Estado Civil:    Soltero/a     Casado/a     Viudo/a     Divorciado/a

Personas que viven en su casa: \_\_\_\_\_

Marque si algún familiar cercano (padre, madre, hermanos, hermanas y o hijos) presentan:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastornos cardíacos  | <input type="checkbox"/> Cáncer          |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Indigestión     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____           |  |

¿Es ahora fumador o alguna vez lo ha sido?       Sí  No

De responder "sí", ¿cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_

¿Actualmente bebe alcohol o alguna vez ha bebido?       Sí  No

De responder "sí", ¿cuánto alcohol consume por día? \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas con cafeína?       Sí  No

De responder "sí", ¿cuántas tazas por día? \_\_\_\_\_

Place Patient Label  
Inside This Box

Sleep History - Spanish  
Page 3 of 4

¿Está recibiendo tratamiento ahora por alguna enfermedad o alguna vez lo ha recibido?

Sí  No      (De responder "sí", escribalas a continuación)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cirugías?

Sí  No      (De responder "sí", escribalas a continuación)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Marque todas las afecciones médicas que pueda tener:**       Ninguna

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parálisis (incluso si es temporal)   | <input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico                        | <input type="checkbox"/> Alcoholismo                     | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                                 |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria   | <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención e hiperactividad | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta          | <input type="checkbox"/> Convulsiones                                    |
| <input type="checkbox"/> Artritis   | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular                             | <input type="checkbox"/> Hipertiroidea (sobreproducción) | <input type="checkbox"/> Dolor temporomandibular                         |
| <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Hipotiroidea (deficiencia)                        | <input type="checkbox"/> Deficiencias inmunológicas      | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones                         |
| <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo  | <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar           | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia                                   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica  | <input type="checkbox"/> Enfisema  | <input type="checkbox"/> Pérdida de sensación            | <input type="checkbox"/> Otra condición psiquiátrica                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Estimuladores internos                            | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza o cuello        | <input type="checkbox"/> Insuficiencia congestiva cardíaca               |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Orina nocturna                                    | <input type="checkbox"/> Fatiga crónica                  | <input type="checkbox"/> Trastornos del hígado                           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)                               | <input type="checkbox"/> Embarazo  | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar               | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson  | <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio                            | <input type="checkbox"/> Drogadicción                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico/ Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral -accidente isquémico transitorio- (o mini derrame cerebral) | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral                                   | <input type="checkbox"/> Tiene un marcapasos             | <b>Hombres:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza  | <input type="checkbox"/> Neuropatía  | <input type="checkbox"/> Trastornos renales              | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata                           |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia   | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio                              | <input type="checkbox"/> VIH                             | <b>Mujeres:</b>  |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> Ciclos menstruales anormales                    |

Place Patient Label  
Inside This Box

Sleep History - Spanish  
Page 4 of 4

**Escriba sus medicamentos** (nombre, dosis o concentración, cuántas veces al día). Incluya medicamentos de venta libre       **NINGUNO**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_

- Hay un gabinete con llave para almacenar medicamentos

**Alergias a medicamentos y reacciones presentadas:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

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