

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center Hoja de Datos e Información del Examen del Sueño

Lawrence M. Stein, MD, FACP, FCCP, FAASM
Director Médico

Ponnarit Loeu, RPSGT
Director Técnico

Bienvenido(a) al Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center donde un estudio de noche puede determinar con precisión la causa de sus aflicciones. Nuestros médicos certificados pueden simultáneamente grabar ondas del cerebro, actividad en los músculos, ritmos del corazón, esfuerzo del estómago y del pecho, el flujo de aire hacia la nariz y la boca, los patrones de ronquidos, el nivel del oxígeno en la sangre, y impulsos de los nervios a los ojos.

Si usted ha sido dado una cita para un examen del sueño en Virginia Hospital Center, por favor lea las siguientes instrucciones:

Localización del Laboratorio: El laboratorio está localizado en el primer piso del edificio 1625 N. George Mason Drive, inmediatamente al lado de Cardio Pulmonary.

Estacionamiento: Por favor estacione su vehículo en el "Blue" Garage (Garaje Azul); tome al elevador del garaje al "Ground Floor"; proceda al cuarto de Emergencias y regístrese y pregunte por el (la persona) funcionario que controla la camas.

Registro: Por favor asegúrese de llegar unos 30 minutos antes de la hora para su cite. Un guardia de seguridad le dará dirección hacia el registro de los pacientes, una vez que usted llegue al cuarto de Emergencias. Después de registrarse, un técnico del Laboratorio vendrá a escoltarle al Centro del Sueño a las 9:00 PM.

Cancelaciones: Si usted no puede mantener su cita, por favor llame a nuestro coordinador de atención al paciente, al 703-236-7171, de lunes-viernes, desde las 9:00AM - 4:30 PM.

Tardanza: Si va a llegar tarde, por favor llame al técnico del laboratorio del Sueño al 703-558-6789 después de las 9:00 PM.

Favor de retener una copia de la orden de su médico y entréguele el original al técnico antes de su estudio de sueño.

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center Hoja de Datos e Información del Examen del Sueño

PSG: Date _____
Time _____ AM/PM

MLST: Date _____
Time _____ AM/PM

SPLIT NIGHT: Date _____
Time _____ AM/PM

CPAP: Date _____
Time _____ AM/PM

Antes de su visita, favor de tomar un poco de tiempo en casa para completar los documentos que acompañan a esta carta y tráigalos al centro la noche de su cita.

1. Cuestionario de su historial del sueño
2. La hoja con su información de seguro
3. Su tarjeta de seguro
4. La orden de su médico primario, si es pertinente
5. El Co-pago es requerido en el momento del servicio. Aceptamos, cambio exacto, cheques, o VISA/MasterCard para su conveniencia.

Direcciones a Virginia Hospital Center

Desde el Capital Beltway (495)

Tome la Ruta 66 al Este hacia la salida de Washington Blvd. En el semáforo gire a la izquierda en la Lee Highway. Vaya aproximadamente 21 cuadras hacia N. George Mason Drive y vaya aproximadamente 5 cuadras. Virginia Hospital Center estará a su izquierda.

Desde Washington D.C.

Tome la Ruta 66 al Oeste hacia la salida de Glebe Rd. Vaya hacia el segundo semáforo y gire a la izquierda en la 16th St. (Calle 16). Vaya aproximadamente 7-8 cuadras hacia N. George Mason Drive. Gire a la derecha en la N. George Mason Drive. Virginia Hospital Center estará a su derecha.

Desde la Ruta 50

Tome la Ruta 50 hacia la salida se N. George Mason Drive. Siga la N. George Mason Drive aproximadamente 10-15 cuadras. Virginia Hospital Center estará a su derecha.

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

Instrucciones para su Estudio del Sueño

Por favor lávese el cabello antes de llegar al centro. No use nada de productos para el cabello, enjuagues de crema o acondicionadores. Por favor no se aplique ningún tipo de productos basados en aceite a la cara o al cuerpo. No se aplique ningún maquillaje o productos que pueda usar después de afeitarse, a la cara o al cuerpo. Por favor quítese el esmalte de las uñas o uñas artificiales de por lo menos dos dedos.

Tome sus medicamentos normal, como lo suele hacer, al menos que su médico le dio instrucciones de que no lo haga. Por favor anote en un papel las horas en las que usted tomo sus medicamentos y entréguele el papel al técnico cuando usted llegue al estudio.

Traiga al laboratorio todos los medicamentos que usted necesitara durante el estudio.

Por favor intente de dormir como usualmente lo hace la noche antes del estudio. Intente de mantener sus horas de dormir, por ejemplo NO tome siestas el día de su estudio y también haga el intento de no quedarse despierto(a) hasta muy tarde la noche antes del estudio.

No se le es permitido consumir ningún tipo de bebidas que contengan alcohol o cafeína el día de su estudio. También, por favor limite el consumo de todas otras bebidas después de las 5:00 PM en la tarde del día de su estudio.

Usted esta requerido a dormir en ropa de dormir, por ejemplo pijamas, trajes de dormir, shorts, y/o camisones); dormir con solo ropa interior no está permitido. Su ropa de dormir tiene que ser suelto y preferiblemente de dos piezas. Trajes de algodón son preferidos. Favor de no usar trajes que contengan seda, satín, nilón, etc.). Siéntase libre de traer objetos que usted use para poder dormir más cómodo(a) (por ejemplo: almohadas, mantas, etc.)

Siéntase libre de traerse libros, revistas, y algún otro material de leer, que usted sienta que le ayuda a usted a dormir.

Un baño privado estará disponible para su conveniencia. Sin embargo, favor de traer todo lo que usted va a necesitar a la mañana siguiente. Por ejemplo, champú, jabón, secadora de pelo, productos para el cabello, crema de afeitarse, rasuradora, pasta dental, cepillo de dientes, productos de higiene femenina, etc.)

Si su cita es para un MSLT (Multiple Sleep Latency Test), (un estudio de sueño durante el día), quizá deseara traerse comida. Usted será proveído(a) con un microonda y refrigerador.

Todos los estudios serán terminados entre las 5:00AM y 5:30AM. Partida del laboratorio será a no más tardar 6:00AM.

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

Por favor complete este cuestionario impresa.

¿Cómo llego a saber de nuestro centro?

- Señalización Sociedad para el Sueño Periódico Pariente/Amistad
 Medico Radio Conferencia Diario

¿Quién es el médico que le ordeno el estudio? _____

Dirección del médico:

Número telefónico de su médico: _____

Información Demográfica

Nombre del Paciente:

Apellido

Primer

Segundo

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección de Casa: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo (____) _____

Número de Seguro Social: ____ / ____ / ____

Estatus Matrimonial: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Pareja de vida

Lugar de Empleo: _____

Profesión: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ libras

En caso de Emergencia, por favor contacten a:

Nombre/Relación al Paciente / Numero Telefónico

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

Por favor complete este cuestionario impresa.

Información de Seguro Medico

Informacion de Garante (Si es diferente al Paciente)

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: ____ / ____ / ____

Relacion al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____

Seguro Primario: _____

Numero Telefonico: _____

Numero de Miembro/Polica: _____

Numero de Grupo: _____

Direccion para Reclamos: _____

Nombre de Garante: _____

Seguro Secundario: _____

Numero Telefonico: _____

Numero de Miembro/Polica: _____

Numero de Grupo: _____

Direccion para Reclamos: _____

Nombre de Garante: _____

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

El proposito de este cuestionario es para que nestros médicos mejor puedan entender la naturaleza de su posible desorden de sueño. Esta información será estrectamente confidencial. A fin de ayudarnos a mejor servirle, por favor responda a cada pregunta completamente y con con la mayor precisión posible.

Describa la razón principal por la cual fue ordeando el estudio: _____

Favor de responder a las siguientes preguntas:

	Respuesta del Paciente:	Respuesta de la Pareja del Paciente: (Si es Pertinente)
¿Cuanto tiempo siente usted que a tenido un problema de sueño?		
¿Cuántas veces por semana le afecta su problema de sueño?		
¿De termino medio, cuantas horas duerme por noche?		
¿Cunatas veces por noche se depierta?		
¿De termino medio, cuantas horas por noche se queda usted despierto?		
¿Cuánto tiempo le toma normalmente para dormirse?		
¿Cuándo se acuesta para dormir tiene la inhabilidad de mantener las piernas quietas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene partones de dormir que no son comunes? Por favor decriba.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente, usted esta trabanajdo por turnos? Por Favor describa.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

¿Aproximadamente cuantas onzas de las siguientes bebidas toma al dia?

Café: _____ Gaseosas con cafeína: _____

Chocolate: _____ Bebidas alcoholicas: _____

Café descafeinado: _____ Te: _____

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

Indique cualquiera de los siguientes que apliqué a usted:

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Inhabilidad de relajarse | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Mala memoria | |
| <input type="checkbox"/> Timidez | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Perturbación Intestinal | |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sentimiento de pánico |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | Sentirse tenso(a) | | <input type="checkbox"/> Dificultad con tomar decisiones | |
| <input type="checkbox"/> Ambiente malo en casa | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales | | | |

Utilizando la escala de por bajo, responda a las siguiente preguntas. Por favor marque el número que mejor indique sus síntomas:

Escala de Evaluación:

- 1= Ningún problema, nunca ocurre
- 2= Problema ligero, raramente ocurre
- 3= Problema moderado, ocurre de vez en cuando
- 4= Problema moderadamente severo, ocurre con frecuencia
- 5= Problema severo, ocurre frecuentemente

¿Su Sueño es interrumpido por cualquiera de los siguientes?

7. Congestión nasal

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Durmiendo en una cama ajena | |
| 2. El Asma | |
| 3. La Tos | 1 2 3 4 5 |
| 4. Dificultad con la respiración
mientras en una posición plana | 1 2 3 4 5
1 2 3 4 5 |
| 5. Despertándose a causa de
regurgitación (garganta ardiente,
nauseas) | 1 2 3 4 5 |
| 6. Necesidad urgente de orinar | 1 2 3 4 5 |

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

Utilizando la escala de por bajo, responda a las siguientes preguntas. Por favor marque el número que mejor indique sus síntomas:

Escala de Evaluación:

1= Ningún problema, nunca ocurre

2= Problema ligero, raramente ocurre

3= Problema moderado, ocurre de vez en cuando

4= Problema moderadamente severo, ocurre con frecuencia

5= Problema severo, ocurre frecuentemente

¿Cuanta dificultad a tenido usted con los siguientes?

- | | |
|--|-----------|
| 1. Sueño durante el día; durmiéndose o
lanchando con quedarse despierto(a) | 1 2 3 4 5 |
| 2. Cansancio, agotamiento, letargo
durante el día. (respuesta de pareja) | 1 2 3 4 5 |
| 3. ¿Ronca mientras duerme? | 1 2 3 4 5 |
| 4. Quedándose dormido(a) durante el
día. (respuesta de pareja) | 1 2 3 4 5 |
| 5. Trabajo/estudios comprometidos a
causa del agotamiento o cansancio.
(respuesta de pareja) | 1 2 3 4 5 |
| 6. Durmiéndose detrás del volante de
un vehículo. (respuesta de pareja) | 1 2 3 4 5 |

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

7. Accidentes a causa de quedarse dormido(a) al conducir un vehículo.
(respuesta de pareja) **1 2 3 4 5**
8. Sintiéndose cansado(a) agotado(a) después de un cambio emocional.
(enojo/ estrés) **1 2 3 4 5**
9. Un sentimiento de debilidad después se una sorpresa o un cambio emocional. **1 2 3 4 5**
10. Alucinaciones o sueños durante el día. **1 2 3 4 5**
11. Innovamiento o el no poder moverse al primero despertarse aunque se sienta completamente despierto(a). **1 2 3 4 5**
12. ¿Usted retiene el aire, para de respirar o hace ruidos de nausea mientras duerme? (respuesta de pareja) **1 2 3 4 5**

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

13. ¿Usted se despierta buscando aire o
con la sensación de no poder respirar
mientras duerme?

1 2 3 4 5

Escala de Somnolencia de Epworth

Cuales la probabilidad de que usted se adormilease quededormino(a) enlassiguientessituacionesencomparacion con solo sentirsecansado(a). Esto se refiere a su forma de vida habitual enestosultimostiempos.Aunque no hayarealizadoalguna de estasactividades, intentepensar la forma enque le afectarian. Use la escala a continuacion para seleccionar el numeromasapropiado para cadasituacion.

0 = Nunca se adormiliarianidormiria

1 = poca posibilidad de adormilarse o de dormirse

2 = moderada posibilidad de adormilarse o de dormirse

3 = elevada posibilidad de adormilarse o dormirse

Situacion

Posibilidad de dormirse

- | | |
|---|-------|
| 1. Sentado(a) y leyendo | _____ |
| 2. Viendo television | _____ |
| 3. Sentado(a) inactivo en un lugar publico o (pore j. en un teatro, una reunion, o un parque) | _____ |
| 4. Como pasajero en un automobilo durante un viaje de una hora seguida sin Descanso | _____ |
| 5. Rescostado(a) para descansar por la tarde si las circunstancias lo permiten | _____ |
| 6. Sentado(a) y hablando con alguien | _____ |
| 7. Sentado(a) en silencio despues de un almuerzo sin alcohol | _____ |
| 8. En un automobilo, mientras se esta detenido(a) en un semaforo por unos minutos | _____ |

Laboratorio del Sueño de Virginia Hospital Center

¿Usted tiene algunos otros problemas con la respiración al dormir?

¿Usted alguna vez ha consultado con un psiquiatra o consejero de salud mental?

Si No Si su respuesta es sí, por favor explique:

¿Hay algo más que sea pertinente a su evaluación? ¿Hay algo que no fue cubierto en este cuestionario? Si es así, por favor explique:

¿Usted usa oxígeno en casa? Si No

¿Cuántas horas al día?

_____ Horas

¿Cuántos litros por minuto durante el día?

_____ Litros/Minuto

¿Cuántos litros por minuto durante la noche?

_____ Litros/Minuto

Historial Medico

Favor de enumerar cualquier enfermedades crónicas diagnosticados por un medico en su pasado o en el presente. (Por ejemplo: diabetes, hipertensión, incontinencia, etc.)

1. _____
2. _____
3. _____

Por favor, provea una lista de los medicamentos que usted toma al diario. (Prescripción y no prescripción)

Medicación	Dosis Diaria