Northern Arizona Healthcare
Flagstaff Medical Center • Verde Valley Medical Center

NAHMG Sleep-Cottonwood
1759 E. Villa Dr. Ste. 313
Cottonwood, AZ 86326
Phone: (928) 639-5095
Fax: 928-639-6049

Central Flagstaff Health Center-
Sleep Lab
1895 N Jasper Dr. Suite 3.
Flagstaff, AZ 86001
Phone: 928 226-6430
Fax: 928 639-6049

CUESTIONARIO SOBRE HISTORIAL MÉIDCO DEL SUEÑO

Nombre y apellido:_____
Fecha actual:_____
Fecha de nacimiento:_____ Sexo: M/F Peso: _____Libras. Altura:___ pies _____pulgadas

Proveedor de atención primaria:_____
Talla de cuello (pulgadas):_____

- **Hace uso de oxígeno suplemental?** SI/NO
  ¿Cuánto utiliza? _____

INDICIOS Y SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO:

1. ¿Ronca por la noche? SI/NO
   Si ha selecnionado "sí", ¿cómo describe el tono de sus ronquidos? LEVE/ MODERADO/ ALTO/ MUY ALTO
2. ¿Alguna vez le han dicho que deja de respirar de forma breve o prolongada cuando duerme? SI/NO
3. ¿Alguna vez le han dicho que emite resoplos o jadeos mientras duerme? SI/NO
4. ¿Alguna vez se despierta atragantándose o con arcadas? SI/NO
5. ¿Alguna vez se despierta con la boca seca? SI/NO
6. ¿Alguna vez se despierta con dolor de cabeza? SI/NO
7. ¿Alguna vez le rechinan los dientes o experimenta bruxismo? SI/NO
8. ¿Se siente cansado durante el día? NO/LEVEMENTE/MODERADAMENTE/SEVERAMENTE

9. ¿Alguna vez siente la necesidad de tener que mover las piernas mientras está en la cama? SI/NO

   a) ¿Hay algo que le ayude con este problema? (caminar, medicamentos) SI/NO

10. ¿Es sonámbulo/a o habla mietras está dormido? SI/NO
11. ¿Le han dicho alguna vez que reenacta sus sueños? (grita o gesticula con los brazos) SI/NO

RUTINA ANTES DE DORMIR:

1. ¿A qué hora se va a dormir? _____
2. ¿A qué hora se despieta por las mañanas? _____
3. ¿Cuánto tiempo tarda en dormirse? _____
4. ¿Se despierta en mitad de la noche a menudo? SI/NO
   a) Si ha seleccionado "sí", ¿cuántas veces por noche? _____
   b) ¿Qué es lo que le causa despertarse? _____
   c) ¿Cuánto tarda en volverse a dormir? _____
5. ¿Al despertar, se siente revitalizado/a y que ha descansado bien? SI/NO
6. ¿Toma siestas durante el día? SI/NO
   ¿A qué horas?_____
   ¿Durante cuánto tiempo? _____
7. ¿Experimenta cambios en su horario de dormir los días que no trabaja? SI/NO
8. ¿Ha experimentado algun cambio en su peso en los últimos 3 años? SUBIDA DE PESO/PERDIDA DE PESO
   ¿Qué cantidad? _____

HIGIENE DEL SUEÑO:

1. ¿Duerme en la misma cama que su pareja? SINO
2. Si tiene mascotas, ¿se suben a la cama con usted por la noche? SI/NO
3. ¿Toma algun tipo de medicamento o suplemento para dormir? SI/NO
4. ¿Bebe café o bebidas con cafeína? Nunca/Ocasionalmente/Moderadamente
   a) ¿A qué hora, como mas tarde, toma la cafeína?
5. ¿Es fumador? Nunca/Ex-fumador/Fumador
6. ¿Bebe alcohol? Nunca/Ocasionalmente/Moderadamente
7. ¿Consume algun otro tipo de sustancias recreativas? SI/NO Tipo_____

¿Alguna vez le han hecho un análisis del sueño? SI/NO ¿Dónde?_____

HISTORIAL FAMILIAR:

1. ¿Tiene algún familiar con algún tipo de trastorno del sueño? (apnea del sueno, insomnia) SINO

a. Si ha seleccionado “sí”, ¿qué familiar lo padece? _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: Marque aquí si no tiene ningun tipo de alergia ☐

a. Medicamento_____- ¿Qué reacción le provoca?_____
b. Medicamento_____- ¿Qué reacción le provoca?_____
c. Medicamento_____- ¿Qué reacción le provoca?_____

MEDICAMENTOS: Por favor, haga una lista de todos los medicamentos que toma actualmente:

_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____

HISTORIAL MÉDICO

- o Hipertensión (presión alta)
- o Ataque de corazón
- o Arritmia cardíaca
- o Fibrilación auricular
- o Problemas pulmonares / EPOC / Asma
- o Enfermedad de Párkinson
- o Artritis
- o Depresión / Ansiedad / Bipolaridad
- o Lesones de cabeza
- o Marcapasos
- o Enfermedad de la tiroides
- o Otro tipo:
- o Alergias respiratorias / congestión nasal
- o Insuficiencia cardíaca
- o Ictus cerebral / AIT
- o Hipertensión pulmonar
- o Anemia / Deficiencia de hierro
- o Convulsiones
- o Enfermedad autoinmune
- o Enfermedad renal terminal/ diálisis
- o Dolores crónicos (y razón)_____
- o Diabetes
- o Ardor de estómago
- o Fibromialgia
- o Menopausa
- o Cancer
- o Fracturas de nariz

_____

CIRUGÍAS:

Por favor, haga una lista de todas sus cirugías:

_____
_____
_____

REVISIÓN DE SISTEMAS: Marque los síntomas que padece:

Const: o Fiebres o Malestar o Cansancio o Escalofríos

Otorrino: o Dolor de oído o Sangrados de nariz frequentes o Dolor de garganta o Pérdida de oído o Moqueo
o Ronqueo durante más de 2 semanas o Congestión nasal

Corazon: o Desmayos o Dolor/presión/opresión de pecho o Latido de corazón irregular
o Palpitaciones o Inflamación de los pies o tobillos

Resp: o Falta de aliento oTós frequente durante más de 2 semanas
o Resuellos

Digestivo: o Dolor abdominal o Dificultad para tragar/ comida atasquada o Indigestión frequente/ Acidez
o Estreñimineto o Diarrea o Nausea o Vómitos

Musc/esq:o Dolor de artuculaciones o Inflamación en articulaciones o Articulaciones rígidas
o Dolor en las extremidades o Inflamación de las extremidades
o Dolor muscularo Dolor de espalda

Neuro: o Dolores de cabeza frequentes o Convulsiones
o Pérdida de sensación/ Hormigueos
o Debilidad general o Zumbido en los oídos

Animico: o Ansiedad o Cambios de personalidad o Trastornos del sueño
o Depressión

Hema: o Glándulas inflamadas o Sangra fácilmente
o Le salen moratones fácilmente

Genital/
urinario: o Nocturia o Incontinencia urinaria o Trastornos sexuales/pérdida de libido