

ATLANTIC SLEEP HEALTH DIAGNOSTIC ASSOCIATES, LLC

An Affiliate of Atlantic Pulmonary and Critical Care Associates, P.A.

Salaam T. Alobeidy, M.D., F.C.C.P., D.A.B.S.M.
Nancy C. Higgins, M.D., F.C.C.P., D.A.B.S.M.
Nadia Sadik, M.D., F.A.C.P., F.C.C.P.,
ABIM Board Certified, Sleep Medicine



110 E. Jimmie Leeds Road
Galloway, NJ 08205-9508
TEL: (609) 748-7900
FAX: (609) 748-7922

Cuestionario de Sueño del Paciente

Nombre: _____ DOB: _____ Fecha: _____

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comprender mejor sus problemas de sueño.
Por favor responda cada pregunta lo mejor que pueda.

Sexo: Masculino / Femenino Estatura: _____ Peso: _____

Ha cambiado su peso? Sí / No Subir / Bajar Cantida: _____ Tiempo Involucrado: _____

- ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas? Si / No
En caso afirmativo, por favor circule: HIV/AIDS Hepatitis Tuberculosis MRSA
- ¿Tiene alguna limitación física o utiliza dispositivos de asistencia para discapacitados? Si / No
En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Tiene alguna alergia, incluso alergias a medicamentos? Si / No
En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Tiene un marcapasos / desfibrilador? Si / No
En caso afirmativo, indique la fecha del implante: _____
- ¿Ha tenido alguna otra cirugía relacionada con el corazón? Si / No
En caso afirmativo, indique el motivo y el año.: _____
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una infección del sistema nervioso central? Si / No
- ¿Alguna vez has tenido una lesión nasal? Si / No
- ¿Ha tenido una amigdalectomía o adenoidectomía? Si / No
- ¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad del sueño? Si / No
En caso afirmativo, describa: _____
- ¿Utiliza actualmente la terapia PAP o un dispositivo de avance mandibular? Si / No
If yes, please describe: _____

Name: _____ DOB: _____ Date: _____

11. ¿Trabajas un turno nocturno? Si / No

12. ¿Normalmente duermes boca arriba? Si / No

13. ¿Cuántas veces vas al baño durante la noche? _____

14. Por favor marque todos los síntomas que tiene en la noche:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dificultad para conciliar el sueño | <input type="checkbox"/> Problemas para quedarse dormido |
| <input type="checkbox"/> ronquidos | <input type="checkbox"/> sacudidas involuntarias de la pierna |
| <input type="checkbox"/> tirar, girar, patear durante el sueño | <input type="checkbox"/> moler los dientes |
| <input type="checkbox"/> despertarse sofocante | <input type="checkbox"/> deja de respirar mientras duermes |
| <input type="checkbox"/> alucinaciones | <input type="checkbox"/> sentirse paralizado |
| <input type="checkbox"/> caminando mientras duerme | <input type="checkbox"/> hablando cuando estás durmiendo |

15. Por favor marque todos los síntomas que tiene durante el día

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Despierta cansado | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza matutinos |
| <input type="checkbox"/> desmemoriado | <input type="checkbox"/> Quedarse dormido durante el día |
| <input type="checkbox"/> Quedarse dormido mientras conduce | <input type="checkbox"/> desorientado |
| <input type="checkbox"/> accidentes por el cansancio | <input type="checkbox"/> sensación incómoda en las piernas |
| <input type="checkbox"/> dificultad para enfocarse | <input type="checkbox"/> debilidad repentina cuando emocional |

16. Comencé a tener estos síntomas hace _____ meses / años.