

Nombre del paciente: _____

- 1 Se le esta realizando un estudio de sueno hecho en el hogar.
- 2 El examen sera por una noche. Por favor de realizar el examen dentro de **tres (3) dias** despues de recibir la unidad.
- 3 Para evitar cargos adicionales, por favor envie la unidad de vuelta dentro de **cuatro (4) dias** despues de recibirla.
- 4 Un Medico de Sueno Certificado interpretara sus resultados.
- 5 Por favor de llamar a Home**Sleep** con cualquier pregunta de Lunes a Viernes de 8:00 AM hasta las 12:00 AM y los Sabados de 12:00 PM hasta las 4:00 PM.
- 6 Se le ha dado instrucciones verbales y escritas para realizar esta prueba de sueno en el hogar.
- 7 **Esta pagina debe de ser devuelta con la unidad.**

Fecha: _____

Paciente: _____ Firma: _____

- **Hombre:** Por favor de ponerse el cinturon alrededor de su pecho
Mujer: Por favor de ponerse el cinturon debajo de su pec
- Despues que le ponga la batteria correctamente a la unidad y el cinturon este asegurado en cada lado, inmediatamente la unidad va encender las luces.
- Se dara cuenta que la unidad se encendio automaticamente despues que veas las luces arriba de la maquina alumbrarse. Si las luces no se alumbran, por favor de verificar que las baterrias esten puesta correctamente y que el cinturon este conectado en cada lado. Ajuste el cinturon para que la unidad detecte el sensor. des. Adjust the belt so the unit can detect that is secure around your sternum area.
- Vera 3 sensores verdes: el cinturon de esfuerzo respiratorio, la canula nasal, y el sensor del pulso para el dedo. Despues de un par de minutos, las luces se apagaran. Esto significa que has comenzado el examen.
- Si algun sensor se pone amarillo, esto significa que tienes que ajustar el sensor corespondiente con la luz. Despues que hayas ajustado el sensor, la luz se cambiara a verde y volvera apagarse.
- Por favor de usar la cinta quirurgica previsto en la caja para sostener los sensors en su lugar.
- **NO PRESIONE NINGUN BOTON.** Puede interrumpir el examen.
- Cuando el examen este completo, la unidad se apagara inmediatamente. Por favor de dejarle la baterrias a la unidad, colocar la unidad, como esta, en la caja y completar el papeleo para el paciente para devolverlo con la unidad.
- Por favor de ponerle la etiqueta prepaga encima de la caja y devolverla al correo postal mas cercano.

Yo entiendo que bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Yo reconozco que he recibido o se les ha dado la oportunidad de recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad y que puede comunicarse con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente o Guardián Legal
(Por favor Imprima su Nombre)

Fecha

Firma

Solamente Officiad

Hemos hecho el siguiente intento de obtener la firma del paciente acusando recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad:

Fecha: _____ Intento: _____

Nombre del Personal: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Qué probabilidad hay de que se adormile o se quede dormido(a) en las siguientes situaciones en comparación con sentirse simplemente cansado(a)? Esto se refiere a su forma de vida habitual en estos últimos tiempos. Aunque recientemente no haya realizado alguna de estas actividades, intente pensar la forma en que le afectarían:

Use la escala a continuación para seleccionar el número más apropiado para cada situación.

- 0 = nunca se adormilaría ni dormiría
- 1 = escasa posibilidad de adormilarse o de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de adormilarse o de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de adormilarse o dormirse

Situación	Posibilidad de dormirse
1. Sentado(a) y leyendo	
2. Viendo la TV.	
3. Sentado, inactivo(a) en un lugar público (por ej. un teatro, una reunion o un parque)	
4. Como pasajero en un automóvil durante un viaje de una hora seguida	
5. Recostado(a) para descansar por la tarde si las circunstancias lo permiten.	
6. Sentado(a) y hablando con alguien.	
7. Sentado(a) en silencio después de un almuerzo sin alcohol.	
8. En un automóvil, mientras está detenido(a) en un semáforo por unos minutos.	
Total Score (This is your Epworth score):	

Nombre de el Paciente: _____ Fecha: _____

Sexo: F M Edad: Estatura: Peso:
Medida de el Cuello en Pulgadas (Si es Conocido):

Evaluciones del Sueno y tratamientos pasado

- He tenido una evaluacion de Apnea de el sueno en el pasado
- I have had a previous overnight in-lab or home sleep study
He tenido una evaluacion de Apnea de el sueno en un laboratorio durante la noche o eh tenido una evaluacion de el Apnea de el sueno en casa.:
Año:
Resultados (Si los sabe):
- Se me a recetado una maquina cpap o apap para uso a domicilio
- He tenido cirugia para tratar el ronquido o el Apnea de el sueno
- He utilizado un aparato Bucal para tratar los ronquidos o Apnea de el sueno

Respirar Y Dormir

- Me han dicho que ronco no mas cuando duermo boca arriba
- He sido despertado por mi propio ronquido
- Me han dicho que dejo de respirar mientras que duermo
- Me he despertado en las horas de la noche ahogandome o corto de aire
- Me despierto frecuentemente con la boca seca
- Tengo que usar el baño constantemente, mas de una vez por noche
- Trituro mis dientes durante el sueno
Si usted respondió Si a esta pregunta Usa usted un Aparato Bucal Si No
- A menudo experimento síntomas de reflujo Ácido o "Acidez Estomacal"

Somnolencia Diurna

- A menudo encuentro que no descanso bien al dormir
- A menudo me siento agotado o sin ganas de participar en nada durante el dia.
- Tengo problemas de atención, concentracion y memoria durante la jornada diurnas
- Mi rendimiento en la escuela o en el trabajo es muy bajo a causa de mi cansancio por falta de sueno adecuado
- Me he quedado dormido mientras que manejo
- He tenido accidentes automovilisticos a causa de haberme quedado dormido mientras que conducía
- He sido herido por resultado de la somnolencia

Habitos

- Usted Fuma? Si No
Si fuma: Por cuantos Años:
- Usted toma bebidas alcohólicas? Si No
Si Usted toma, que tipo de bebidas son?: Vino Cerveza Licor
Bebidas en total por semana:
- Consumo Sustancias Recreativas? Si No
Por Favor Especificar:

Historial Medico

Indique cualquier condición Medica y el Ano en que fue diagnosticado

Cirugías

Amigdalectomia Si No Ano:

Adenoidectomia Si No Ano:

Cirugia para la pedida de peso Si No Ano:

Indique cualquier otras cirugías y el ano:

Medicamentos Actuales (Por Receta Medica Y de Venta Libre)

Medicamento	Dosis	Vesez por Dia	Razón la cual digiero el medicamento