

Adult Sleep History

Historial del Sueño de Pacientes



3001 Broadmoor Blvd Blvd. NE – Sleep Disorders Center 3rd Floor- Rio Rancho, NM 87144 (505)994-7397

Responda a estas preguntas para ayudarnos a entender sus problemas del sueño. De ser posible, pida ayuda a alguien que lo haya visto dormir (cónyuge, pareja, amigo, pariente) para responderlas. Please answer these questions to help us understand your sleep problems. If possible, get help from someone who has seen you sleep (spouse, bed partner, friend, family) to answer these questions.

Nombre del paciente: Patient Name _____ **Fecha de la cita:** Date of appointment _____

Dirección Address _____

Números telefónicos: Phone numbers Casa-home (_____) _____ Celular-Cell (_____) _____

Trabajo-work (_____) _____ Otro-Other (_____) _____

Formulario llenado por: Form completed by: _____ **Fecha en que se llenó:** Date completed: _____

Nombre y dirección del médico remitente: Referring Doctor Name and Address: _____

Nombre y dirección del médico de atención primaria: Primary Care Doctor Name and Address: _____

¿Cuál es la RAZÓN DE SU VISITA al Centro de Trastornos del Sueño? What is the REASON FOR YOUR VISIT to the Sleep Disorders Center?

En DÍAS típicos ENTRE SEMANA o DÍAS LABORALES:

On typical WEEKDAYS or WORK DAYS:

Mi hora de irme a dormir es My bed time is ____ p.m. a.m.

Me toma It takes me ____ min. hrs.

para dormirme to fall asleep.

La hora MÁS TARDE en la que me levanto es

My FINAL wake up time is ____ p.m. a.m.

¿Se despierta sintiéndose descansado?

Do you wake up feeling rested? SÍ=yes NO

En FINES DE SEMANA típicos o DÍAS LIBRES:

On typical WEEKENDS or DAYS OFF:

Mi hora de irme a dormir es My bed time is ____ p.m. a.m.

Me toma It takes me ____ min. hrs.

para dormirme. to fall asleep

La hora MÁS TARDE en la que me levanto es My

FINAL wake up time is ____ p.m. a.m.

¿Se despierta sintiéndose descansado? Do

you wake up feeling rested? SÍ=yes NO

MARQUE 'SÍ' O 'NO' Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO: PLEASE CHECK 'YES' OR 'NO' AND FILL IN THE BLANKS:

SÍ=yes NO La hora en la que me voy a dormir varía. Si "SÍ", explique: My bedtimes vary. If YES, please explain: _____

SÍ=yes NO La hora en la que me levanto en la mañana varía. Si "SÍ", explique: My morning wake times vary. If YES, please explain: _____

SÍ=yes NO ¿Toma usted siestas durante el día? Do you take naps during the day?

Si "SÍ": ¿Cuántas siestas toma usted NORMALMENTE por día? If YES: How many naps do you USUALLY take per day? _____ ¿Cuánto tiempo dura su siesta HABITUAL? How long is your USUAL nap? ____ min.

hrs ¿Se despierta sintiéndose descansado? Do you wake up feeling rested? SÍ=yes NO

SÍ=yes NO ¿Se despierta durante la noche? Do you wake up during the night?

Si "SÍ": ¿Cuántas veces se despierta HABITUALMENTE? If YES: How many times do you USUALLY wake up? _____ ¿Cuánto tiempo se queda despierto NORMALMENTE? How long do you USUALLY stay awake? _____

min. horas ¿Qué lo despierta? What wakes you up? _____

SÍ=yes NO ¿Trabaja usted por turnos? Si "SÍ", describa su horario de trabajo: Do you work shifts? If YES: Please describe your work schedule _____

MARQUE LAS CASILLAS JUNTO A LAS DECLARACIONES QUE SE APLICAN A USTED MARK THE BOXES NEXT TO THE STATEMENTS THAT APPLY TO YOU

- Hay silencio en mi habitación cuando duermo. My bedroom is quiet when I sleep.
- Mi habitación está oscura cuando duermo. My bedroom is dark when I sleep.
- La temperatura en mi habitación es cómoda. My bedroom is a comfortable temperature.
- Mi colchón es cómodo. My mattress is comfortable.
- Me siento seguro en mi habitación. I feel secure in my bedroom.
- Mi mascota normalmente duerme en mi cama. My pet usually sleeps on my bed.
- Normalmente leo en la cama. I usually read in bed.
- Normalmente escucho música o el radio en la cama. I usually listen to music or radio in bed.
- Normalmente veo la televisión (TV) en la cama. I usually watch television (TV) in bed.

Sí-yes NO **¿Comparte su cama con alguien?** Si "Sí": ¿Con quién? *Do you sleep with anyone?* IF YES: please explain

Sí-yes NO **¿Ronca o tiene algún trastorno del sueño su pareja?** Si "Sí", explique *Does your bed partner snore or have a sleep disorder?* IF YES: please explain

Sí-yes NO **¿Toma algún medicamento o hierba (recetado o comprado sin receta médica) para AYUDARLO A DORMIR?** Si "Sí": Anote el nombre, la dosis y la frecuencia *Do you take any medicines or herbs (prescribed or over-the-counter) to HELP YOU SLEEP?* If YES: Please list the name, dose, and frequency

Sí-yes NO **¿Toma algún medicamento o hierba (recetado o comprado sin receta médica) para AYUDARLO A PERMANECER DESPIERTO?** Si "Sí": Anote el nombre, la dosis y la frecuencia *Do you take any medicines or herbs (prescribed or over-the-counter) to HELP YOU STAY AWAKE?* If YES: Please list the name, dose, and frequency

Sí-yes NO **¿Consume alguna bebida que contenga CAFEÍNA?**

Si "Sí": Escriba más detalles acerca de CUÁNTO CONSUME y CON QUÉ FRECUENCIA. *Do you take any medicines or herbs (prescribed or over-the-counter) to HELP YOU STAY AWAKE?* If YES: Please list the name, dose, and frequency

Café: *Coffee:* _____

Té caliente: *Hot Tea:* _____

Té helado: *Iced Tea:* _____

Refresco (soda) con cafeína (incluyendo Mountain Dew®, Dr. Pepper®, Coca-Cola®, Pepsi®, refrescos dietéticos y bebidas energéticas): *Caffeinated soda (including Mountain Dew, Dr. Pepper, Coke, Pepsi, diet soda, and energy drinks):* _____

Sí-yes NO **¿Consume alguna bebida que contenga ALCOHOL?**

Si "Sí": Escriba más detalles acerca de CUÁNTO CONSUME y CON QUÉ FRECUENCIA. *Do you drink any beverages containing ALCOHOL?* If YES: Please give us more details about HOW MUCH and HOW OFTEN

Cerveza: *Beer* _____

Vino: *Wine* _____

Licor: *Liquor* _____

Sí-yes NO **¿Ha pensado alguna vez que debería DISMINUIR su consumo de alcohol?** *Have you ever felt you should CUT DOWN on your drinking?*

Sí-yes NO **¿Lo ha MOLESTADO la gente al criticar su hábito de beber?** *Have people ANNOYED you by criticizing your drinking?*

Sí-yes NO **¿Se ha SENTIDO MAL alguna vez o se ha SENTIDO CULPABLE por su hábito de beber?** *Have you ever FELT BAD or FELT GUILTY about your drinking?*

Sí-yes NO **¿Ha tomado alguna vez una BEBIDA ALCOHÓLICA a primera hora de la mañana para tranquilizar sus nervios o eliminar la resaca (cruda)?** *Have you ever had an EYE OPENER (a drink first thing in the morning) to steady your nerves or get rid of a hangover?*

- Sí-yes NO **¿Consumo actualmente productos que contengan TABACO?** Si "Sí": Escriba más detalles acerca de CUÁNTO CONSUME y CON QUÉ FRECUENCIA. *Do you currently use products containing TOBACCO? If YES: Please give us more details about HOW MUCH and HOW OFTEN*
 Cigarrillos: *Cigarettes*
 Puros: *Cigar*
 Pipa: *Pipe*
 Tabaco de mascar: *Chewing tobacco*

- Sí-yes NO **Si usted consumía tabaco en el pasado, ¿CUÁNTO consumía y POR CUÁNTO TIEMPO lo hizo?** *If you used tobacco in the past, HOW MUCH and for HOW LONG?*
 ¿Cuándo dejó de fumar o de consumir tabaco? *When did you quit?*

- Sí-yes NO **¿Ha consumido con regularidad alguna vez estupefacientes o drogas ilícitas?** Si "Sí": Escriba más detalles acerca de cuánto y cuándo. *Have you ever regularly used "recreational" or illegal drugs? If YES: Please give us more details about how much and when*

Droga Drug _____ Cuánto How much _____ Con qué frecuencia How often
 Droga Drug _____ Cuánto How much _____ Con qué frecuencia How often
 Droga Drug _____ Cuánto How much _____ Con qué frecuencia How often

- Sí-yes NO **¿Todavía consume alguna de ellas?** *Are you still using any of the above*

¿Consumo algo de lo siguiente en las CUATRO HORAS PREVIAS A IRSE A DORMIR? *Do you use any of the following within FOUR HOURS of BEDTIME?*

- CAFEÍNA *CAFFEINE* TABACO *TOBACCO* ALCOHOL ESTUPEFACIENTES / DROGAS ILÍCITAS *RECREATIONAL DRUGS*

¿Qué tan bien duerme fuera de su habitación en casa (por ejemplo, en un sofá o sillón reclinable)? *How well do you sleep outside of your bedroom in your home (such as on a couch or recliner)?*

- PEOR *WORSE* IGUAL *SAME* MEJOR *BETTER*

¿Qué tan bien duerme fuera de su casa? *How well do you sleep outside of your home?*

- PEOR *WORSE* IGUAL *SAME* MEJOR *BETTER*

- Sí-yes NO **¿Ve el reloj con frecuencia cuando está teniendo dificultades para quedarse dormido?** *Do you frequently check the time when you are having trouble falling asleep? Si "Sí": ¿Cómo le hace sentir ver el reloj cuando no está durmiendo? If YES: How does it make you feel to see the time when you are not sleeping?*

- Sí-yes NO **¿Siente ansiedad o temor cuando se mete en la cama para dormir?** *Are you anxious or afraid when you get into bed to sleep? Si "Sí", explique por qué siente ansiedad o temor. If YES: Please explain why you feel anxious or afraid.*

- Sí-yes NO **¿Tiene sensaciones incómodas (no dolorosas) en las piernas?** *Do you have uncomfortable (not painful) feelings in your legs? Si "Sí", describa lo que siente en sus piernas: If YES: Please describe the feelings in your legs _____*

¿Es peor en la noche? *Is it worse at night?*

¿Qué le hace sentir mejor? *What makes it better?*

¿Cómo afectan a su sueño esas sensaciones en sus piernas? *How do these feelings in your legs affect your sleep?*

TIENE o USA en la noche algo de lo siguiente: *Do you HAVE or USE at night:*

- Oxígeno *Oxygen* Dispositivo de ortodoncia removible (nocturno) *Bite guard*
 CPAP (Presión positiva continua en las vías respiratorias) o BPAP (presión binivel) *CPAP or BPAP (bilevel)*



CALIFIQUE CUÁNTO SUEÑO (QUÉ TAN SOMNOLIENTO SE) SIENTE DURANTE EL DÍA

RATE HOW SLEEPY YOU FEEL DURING THE DAY

¿Qué probabilidades tiene de ADORMILARSE (no solamente de sentir cansancio o fatiga) en las siguientes situaciones? Esto se refiere a cuánto sueño ha sentido RECIENTEMENTE (como por ejemplo, en las últimas DOS SEMANAS). Si no ha realizado estas actividades recientemente, trate de IMAGINARSE cuánto sueño sentiría o qué tan adormilado se sentiría en estas situaciones. How likely are you to DOZE OFF (not just feeling tired or fatigued) in the following situations? This refers to how sleepy you feel RECENTLY (such as in the last TWO WEEKS). If you have not these things recently, try to IMAGINE how sleepy you would feel in these situations.

Use la siguiente escala para escoger el número más adecuado en cada situación (enciérrelo en un círculo): Use the following scale to choose (CIRCLE) the most appropriate number in each situation:

0 = NUNCA me adormecería I would NEVER doze off

1 = Tendría una LEVE POSIBILIDAD de adormecerme (aproximadamente el 10% del tiempo)

I would have a SLIGHT CHANCE of dozing off (about 10% of the time)

2 = Tendría una POSIBILIDAD MODERADA de adormecerme (aproximadamente el 50% del tiempo)

I would have a MODERATE CHANCE of dozing off (about 50% of the time)

3 = Tendría una ALTA POSIBILIDAD de adormecerme (casi el 100% del tiempo)

I would have a HIGH CHANCE of dozing off (nearly 100% of the time)

Probabilidad de adormilarse o quedarse dormido Chance of Dozing

- 0 1 2 3 Cuando está sentado y leyendo Sitting and reading
- 0 1 2 3 Cuando está viendo la televisión Watching TV
- 0 1 2 3 Cuando está inactivo sentado en un lugar público (como por ejemplo, en un teatro, una reunión, salón de clases o iglesia) Sitting, inactive in a public place (such as in a theater, meeting, classroom, or church)
- 0 1 2 3 Como pasajero en un automóvil por una hora sin hacer una parada As a passenger in a car for an hour without a break
- 0 1 2 3 Cuando se recuesta a reposar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten Lying down for a rest in the afternoon when circumstances permit
- 0 1 2 3 Cuando está sentado y hablando con alguien Sitting and talking to someone
- 0 1 2 3 Cuando está sentado tranquilamente después de haber almorzado sin haber bebido alcohol Sitting quietly after a lunch without alcohol
- 0 1 2 3 Cuando está en un auto (maneja), mientras está parado por unos minutos en el tráfico In a car, while stopped for a few minutes in traffic (while at the wheel)

¿Qué hace para hacer ejercicio? What do you do for exercise?

¿Cuánto pesaba aproximadamente...? What was your approximate weight

Hace un año: 1 year ago _____ libras rounds

Hace 5 años: 5 years ago _____ libras pounds

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? Si 'SÍ', marque la casilla: Do you have any of the following symptoms? If YES, please check the box:

Ronca Snoring

Se despierta con la respiración cortada o ahogándose Wake up gasping for breath or choking

Deja de respirar mientras duerme Stop breathing during sleep

Su sueño es inquieto Restless sleep

Suda en exceso mientras duerme Sweat excessively while asleep

A veces se orina mientras duerme Ever wet the bed while asleep

No puede dormir boca arriba Cannot sleep on your back

Tiene dificultad para respirar cuando está recostado Become short of breath lying down

Se despierta con acidez estomacal o con un sabor de boca agrio como de ácido estomacal (reflujo gastroesofágico o indigestión) Wake up with heartburn or a sour, stomach-acid taste (acid reflux or indigestion)

Se despierta con dolor de garganta Wake up with a sore throat

Se despierta con su corazón latiendo rápidamente o saltándose latidos Wake up with my heart beating fast or missing beats

Se despierta confundido y desorientado Wake up confused and disoriented

A menudo se despierta con dolor de cabeza Often have a headache when you wake up

A menudo se despierta con náuseas o con ganas de vomitar Often wake up with nausea or wanting to vomit

A menudo se despierta con la boca reseca Often have a dry mouth when you wake up

A menudo tiene dificultad para quedarse dormido porque tiene dificultad para respirar o tos Often have difficulty falling asleep due to shortness of breath or coughing

A menudo tiene dificultad para quedarse dormido porque se siente triste o deprimido Often have difficulty falling asleep due to sadness or depression

A menudo tiene dificultad para quedarse dormido porque siente ansiedad o temor Often have difficulty falling asleep due to being anxious or afraid

A menudo tiene dificultad para quedarse dormido porque tiene pensamientos acelerados Often have difficulty falling asleep due to racing thoughts

A menudo tiene dificultad para quedarse dormido debido a dolor Often have difficulty falling asleep due to pain

Rechina los dientes cuando duerme Grind your teeth while asleep

Se siente paralizado cuando se está quedando dormido o cuando se despierta Feel paralyzed when going into sleep or when waking up

Tiene visiones que parecen sueños (alucinaciones) a pesar de que usted sabe que está despierto Dream-like visions (hallucinations) even though you know you are awake

"Representa" (demuestra) sus sueños "Act out" your dreams

Tiene pesadillas con frecuencia Frequent nightmares

A menudo camina o habla dormido Frequently sleepwalk or talk in your sleep

A menudo habla cuando está dormido Frequently talk in your sleep

No puede mantener sus piernas quietas antes de quedarse dormido Cannot keep your legs still prior to falling asleep

Siente una necesidad irresistible de mover sus piernas cuando está sentado o recostado Irresistible need to move your legs when lying down or sitting

Se le dificulta conducir un automóvil a cortas distancias debido a la somnolencia Difficulty driving short distances because of sleepiness

Se le dificulta conducir un automóvil a largas distancias debido a la somnolencia Difficulty driving long distances because of sleepiness

Tiene problemas con las relaciones o interacciones sociales debido a la somnolencia Problems with relationships or social interactions because of sleepiness

Tiene problemas en el trabajo o la escuela debido a la somnolencia Problems with work or education because of sleepiness

Tiene problemas de concentración y memoria debido a la somnolencia Problems with concentration and memory because of sleepiness

Tiene problemas de caídas debido a la somnolencia Problems with falling down because of sleepiness

Se siente deprimido Feel depressed

Se siente ansioso o nervioso Feel anxious or nervous

Tiene antecedentes de traumatismos físicos o traumas emocionales History of physical or emotional trauma

Tiene claustrofobia Claustrophobia

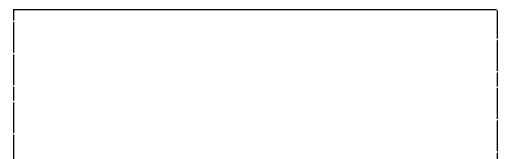
Tiene disfunción eréctil Erectile dysfunction

A menudo siente una debilidad repentina (no mareo) en las rodillas, el cuello o los brazos cuando algo le sobresalta, cuando se ríe, está enojado o exaltado Often have sudden weakness (not dizziness) in the knees, neck, or arms when you are startled, laughing, angry, or emotional

Tiene dificultad para controlar su presión (tensión) arterial Difficulty controlling your blood pressure

Tiene dificultad para controlar su diabetes / glucemia Difficulty controlling your diabetes / blood sugar

Tiene hinchazón en sus pies o tobillos Swelling in your feet or ankles



Haga una lista de todos los MEDICAMENTOS QUE NO PUEDA TOMAR debido a alergias o efectos secundarios: Please list any MEDICATIONS that you CANNOT TAKE because of allergy or side effects:

Haga una lista de otras SENSIBILIDADES que tenga (como por ejemplo, a los mariscos, la cinta adhesiva, el látex): Please list any other SENSITIVITIES you have (such as seafood, tape, latex)

Haga una lista de TODOS los medicamentos (incluyendo los medicamentos sin receta y los complementos nutritivos) que esté tomando actualmente: Please list ALL the medications (including over-the-counter and nutritional supplements) that you are CURRENTLY taking:

Nombre Name	Dosis Dose	Frecuencia Frequency	Nombre Name	Dosis Dose	Frecuencia Frequency
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿TIENE AHORA o ha tenido ALGUNA VEZ algo de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda): Do you HAVE NOW, or have you EVER HAD (check all that apply):

- Reflujo gastroesofágico Acid reflux (GERD)
- Alcoholismo Alcoholism
- Alergias Allergies
- Enfermed. de Alzheimer Alzheimer's Disease
- Anemia Anemia
- Angina de pecho Angina
- Ansiedad Anxiety
- Artritis Arthritis
- Asma Asthma
- Lesión cerebral Brain injury
- Cáncer Cancer
- Dolor crónico Chronic pain
- Arteriopatía coronaria Coronary artery disease
- Dentaduras postizas Dentures
- Depresión Depression
- Diabetes Diabetes
- Drogodependencia Drug abuse
- Enfisema / Enfermed. pulm. obstruct. crónicas Emphysema / COPD
- Disfunción eréctil Erectile dysfunction
- Fibromialgia Fibromyalgia
- Traumatismo craneal Head injury
- Infarto de miocardio (ataque cardíaco) Heart attack
- Insuficiencia cardíaca Heart failure
- Soplo cardíaco Heart murmur
- Cirugía de corazón Heart surgery
- Hepatitis Hepatitis
- Presión arterial alta High blood pressure
- Alto colesterol High cholesterol
- VIH HIV
- Lesión en la nariz Injury to nose
- Enfermedad del riñón Kidney disease
- Cirugía de pulmón Lung surgery
- Enfermedad mental Mental illness
- Obesidad Obesity
- Enfermedad de Parkinson Parkinson's Disease
- Neumonía Pneumonia
- Esquizofrenia Schizophrenia
- Ataques fisiológicos (convulsiones) / Epilepsia Seizures / Epilepsy
- Problemas de los senos paranasales Sinus problems
- Derrame o embolia cerebral Stroke
- Enfermedad tiroidea Thyroid disease
- Extirpación de las amígdalas (tonsilectomía) Tonsillectomy
- Amigdalitis Tonsillitis
- Tuberculosis Tuberculosis



Anote CUALQUIER OTRO PROBLEMA MÉDICO que no haya sido mencionado anteriormente: *Please list ANY OTHER MEDICAL PROBLEMS not mentioned above:*

Anote cualquier OPERACIÓN que haya tenido: *Please list any OPERATIONS you have had:*

Fecha aproximada Approximate Date Tipo de cirugía Type of surgery

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

¿Tiene algún PARIENTE CONSANGUÍNEO que tenga o haya tenido algo de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda): *Do you have any BLOOD RELATIVES who have or had (check all that apply):*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo <small>Alcoholism</small> | <input type="checkbox"/> Alto colesterol <small>High cholesterol</small> |
| <input type="checkbox"/> Enf. de Alzheimer <small>Alzheimer's Disease</small> | <input type="checkbox"/> Insomnio <small>Insomnia</small> |
| <input type="checkbox"/> Alergias <small>Allergies</small> | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón <small>Kidney disease</small> |
| <input type="checkbox"/> Anemia <small>Anemia</small> | <input type="checkbox"/> Fuertes ronquidos <small>Loud snoring</small> |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad <small>Anxiety</small> | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <small>Mental illness</small> |
| <input type="checkbox"/> Asma <small>Asthma</small> | <input type="checkbox"/> Narcolepsia <small>Narcolepsy</small> |
| <input type="checkbox"/> Cáncer <small>Cancer</small> | <input type="checkbox"/> Obesidad <small>Obesity</small> |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria <small>Coronary artery disease</small> | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <small>Parkinson's Disease</small> |
| <input type="checkbox"/> Depresión <small>Depression</small> | <input type="checkbox"/> Síndrome de las piernas inquietas <small>Restless Legs Syndrome</small> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <small>Diabetes</small> | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <small>Schizophrenia</small> |
| <input type="checkbox"/> Drogodependencia <small>Drug abuse</small> | <input type="checkbox"/> Síndrome de muerte súbita del lactante <small>SIDS or Crib Death</small> |
| <input type="checkbox"/> Enfisema /Enf. pulmon. obstruct. crónicas
<small>Emphysema / COPD</small> | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <small>Sleep apnea</small> |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia /Ataques fisiológicos (convulsiones)
<small>Epilepsy / Seizures</small> | <input type="checkbox"/> Camina dormido (es sonámbulo) <small>Sleepwalking</small> |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva <small>Excessive sleepiness</small> | <input type="checkbox"/> Derrame o embolia cerebral <small>Stroke</small> |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía (enfermedad del corazón) <small>Heart
disease</small> | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea <small>Thyroid disease</small> |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <small>High blood pressure</small> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis <small>Tuberculosis</small> |

Anote cualquier otra ENFERMEDAD O AFECCIÓN importante que OCURRA EN SU FAMILIA:

Please list any other significant MEDICAL CONDITIONS that RUN IN THE FAMILY: _____

Soy: I am: soltero(a) single casado(a) married estoy en una relación a largo plazo committed relationship viudo(a) widowed

Vivo: I live: solo(a) alone con (describa la relación) with (describe relationship) _____

Yo: I am: trabajo working estoy indemnizado por incapacidad on disability estoy jubilado retired otro: other: _____

Mi ocupación es / era: My occupation is / was: _____

El más alto nivel de educación académica que terminé es: The highest level of education I have completed is: _____

Preparatoria high school título universitario college título de postgrado post-graduate Otro: Other: _____

Mi raza y/o grupo étnico es: My race and/or ethnicity is:

Hispano Hispanic Blanco / caucásico White / Caucasian Negro / afroamericano Black / African American

Indígena americano Native American Asiático Asian otro: other: _____

Marque cualquier síntoma que le haya molestado en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

En las ÚLTIMAS DOS SEMANAS he tenido lo siguiente:

De la constitución

- Sudor mientras duermo
Sweating during sleep
- Fiebre (calentura) Fever
- Escalofríos Chills

Neurológico

- Dolores de cabeza Headaches
- Mareo Dizziness
- Desmayos Fainting

Ojos

- Visión doble Double vision
- Visión borrosa Blurred vision
- Irritación o molestias de los ojos Eye irritation or discomfort

Otorrinolaringología

- Dolor de oído Ear pain
- Sangrado de la nariz Nosebleeds
- Nariz tapada o congestión
Stuffy or congested nose
- Dificultad para tragar
Difficulty swallowing
- Dolor de garganta Sore throat

Cuello

- Rigidez de cuello (nuca) o dolor Neck stiffness or pain

Aparato respiratorio

- Respiración con silbido Wheezing
- Dificultad para respirar en reposo
Shortness of breath at rest
- Dificultad para respirar con actividad Shortness of breath with activity
- Toser sangre Coughing up blood
- Tos nocturna Nighttime cough

Sistema cardiovascular

- Dolor en el pecho Chest pain
- Presión o tensión en el pecho
Tightness / pressure in chest
- Su corazón se salta latidos
Skipped heart beats
- Palpitaciones Palpitations
- Molestia en mandíbula o cuello Discomfort in jaw or neck

- Molestia en el brazo izquierdo
Discomfort in left arm

Sistema gastrointestinal

- Reflujo gastroesofágico / acidez estomacal Acid reflux / heartburn
- Náuseas Nausea
- Vómito Vomiting
- Cambio en hábitos de defecación Change in bowel habits
- Sangre en las heces o heces negras Blood in stool or black stool

Aparato locomotor

- Dolor de espalda Back pain
- Dolor en las articulaciones
Joint pain
- Pérdida de la coordinación
Loss of coordination

Aparato genitourinario

- Micción nocturna frecuente
Frequent nighttime urination
- Incontinencia Incontinence

Hematológicos / Inmunológicos

- Sangrado anormal
Abnormal bleeding
- Moretones con facilidad
Easy bruising
- Infecciones Infections

Tegumento

- Sarpullido Rash
- Llagas o lesiones de la piel
Skin sores or lesions
- Hinchazón de los pies
Swelling of the feet

Psicológicos

- Ansiedad Anxiety
- Ataques de angustia (pánico)
Panic attacks
- Sentimientos de tristeza
Sad or blue mood
- Abuso físico o emocional
Physical or emotional abuse

Resultados funcionales del cuestionario del sueño Functional Outcomes of Sleep Questionnaire

Para cada una de las siguientes preguntas, encierre su respuesta en un círculo. Tenga en cuenta que en este cuestionario, cuando se usan las palabras “adormece”, “somnoliento”, “tiene sueño” o “cansado”, éstas describen lo que siente cuando no puede mantener sus ojos abiertos, cuando cabecea, quiere quedarse dormido o siente la necesidad de tomar una siesta. Estas palabras no se refieren al cansancio o fatiga que usted pudiera sentir después de haber hecho ejercicio. Please circle your answer for each of the following questions. Note that in this questionnaire, when the words “sleepy” or “tired” are used, it describes the feeling that you can’t keep your eyes open, your head is droopy, that you want to nod off or that you feel the urge to take a nap. These words do not refer to the tired or fatigued feeling you may have after you have exercised.

0 = No hago esta actividad por otros motivos I don't do this activity for other reasons

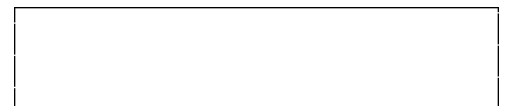
1 = Sí, muchísimo Yes, extreme

2 = Sí, moderadamente Yes, moderate

3 = Sí, un poco Yes, a little

4 = No

- | | |
|-----------|---|
| 0 1 2 3 4 | ¿Tiene dificultad por lo general para concentrarse en las cosas que hace porque tiene sueño o está cansado? Do you generally have difficulty concentrating on the things you do because you are sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Tiene dificultad por lo general para recordar cosas porque tiene sueño o está cansado? Do you generally have difficulty remembering things because you are sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Tiene dificultad para terminar una comida porque se adormece o se cansa? Do you have difficulty finishing a meal because you become sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta trabajar en un pasatiempo (por ejemplo, coser, formar colecciones, jardinería) porque tiene sueño o está cansado? Do you have difficulty working on a hobby (for example: sewing, collecting, gardening) because you are sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta la realización de las labores domésticas (por ejemplo: limpiar la casa, lavar la ropa, sacar la basura, hacer reparaciones) porque tiene sueño o está cansado? Do you have difficulty doing work around the house (for example: cleaning house, doing laundry, taking out the trash, repair work) because you are sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta conducir un automóvil a cortas distancias (<u>menores</u> a 161 kilómetros [100 millas]) porque tiene sueño o está cansado? Do you have difficulty operating a motor vehicle for short distances (<u>less</u> than 100 miles) because you are sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta conducir un automóvil a largas distancias (<u>mayores</u> a 161 kilómetros [100 millas]) porque se adormece o se cansa? Do you have difficulty operating a motor vehicle for long distances <u>greater</u> than 100 miles) because you become sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta hacer cosas porque está demasiado somnoliento o cansado para conducir o tomar un transporte público? Do you have difficulty getting things done because you are too sleepy or tired to drive or take public transportation? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta encargarse de los asuntos financieros y el papeleo (por ejemplo: extender un cheque, pagar las cuentas, llevar los registros financieros, llenar formularios para la declaración de impuestos, etc.) porque tiene sueño o está cansado? Do you have difficulty taking care of financial affairs and doing paperwork (for example: writing checks, paying bills, keeping financial records, filling out tax forms, etc.) because you are sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta desempeñar un empleo o trabajar como voluntario porque tiene sueño o está cansado? Do you have difficulty performing employed or volunteer work because you are sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta mantener una conversación telefónica porque se adormece o se cansa? Do you have difficulty maintaining a telephone conversation because you become sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta atender a sus visitas (familiares o amigos) en <u>su</u> casa porque se adormece o se cansa? Do you have difficulty visiting with your family or friends in <u>your</u> home because you become sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta visitar a sus familiares o amigos en la casa <u>de ellos</u> porque usted se adormece o se cansa? Do you have difficulty visiting with your family or friends in <u>their</u> home because you become sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta hacer cosas para sus familiares o amigos porque está demasiado somnoliento o cansado? Do you have difficulty doing things for your family or friends because you are too sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se ha visto afectada su relación con familiares, amigos o colegas porque usted está somnoliento o cansado? Has your relationship with family, friends, or work colleagues been affected because you are sleepy or tired? |
| 0 1 2 3 4 | ¿Se le dificulta hacer ejercicio o participar en una actividad de deporte porque está demasiado somnoliento o cansado? Do you have difficulty exercising or participating in a sporting activity because you are too sleepy or tired? |



Resultados funcionales del cuestionario del sueño (continuación)

Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (continued)

0 = No hago esta actividad por otros motivos I don't do this activity for other reasons

1 = Sí, muchísimo Yes, extreme

2 = Sí, moderadamente Yes, moderate

3 = Sí, un poco Yes, a little

4 = No

0 1 2 3 4 ¿Tiene dificultad para ver una película o video porque usted se adormece o se cansa?
Do you have difficulty watching a movie or videotape because you become sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Tiene dificultad para disfrutar del teatro o de una presentación porque usted se adormece o se cansa?
Do you have difficulty enjoying the theater or a lecture because you become sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Tiene dificultad para disfrutar de un concierto porque se adormece o se cansa?
Do you have difficulty enjoying a concert because you become sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se le dificulta ver la televisión porque está somnoliento o cansado? Do you have difficulty watching television because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se le dificulta participar en oficios religiosos, reuniones o en un grupo o club porque está somnoliento o cansado? Do you have difficulty participating in religious services, meetings or a group or club because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se le dificulta ser tan activo como usted quisiera en la noche porque tiene sueño o está cansado? Do you have difficulty being as active as you want to be in the evening because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se le dificulta ser tan activo como usted quisiera en la mañana porque tiene sueño o está cansado? Do you have difficulty being as active as you want to be in the morning because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se le dificulta ser tan activo como usted quisiera en la tarde porque tiene sueño o está cansado? Do you have difficulty being as active as you want to be in the afternoon because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se le dificulta seguirle el ritmo a otras personas de su misma edad porque usted está somnoliento o cansado? Do you have difficulty keeping pace with others your own age because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se ha visto afectada su relación íntima o sexual porque usted está somnoliento o cansado? Has your intimate or sexual relationship been affected because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se ha visto afectado su deseo sexual o de intimidad porque usted está somnoliento o cansado? Has your desire for intimacy or sex been affected because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se ha visto afectada su capacidad de excitarse sexualmente porque usted está somnoliento o cansado? Has your ability to become sexually aroused been affected because you are sleepy or tired?

0 1 2 3 4 ¿Se ha visto afectada su capacidad de tener un orgasmo porque usted está somnoliento o cansado? Has your ability to have an orgasm been affected because you are sleepy or tired?

¿Cómo calificaría su nivel general de actividad? Encierre uno en un círculo: How would you rate the general level of your activity? Please circle one:

Muy bajo Very low Bajo Low Medio Medium Alto High

1

2

3

4

¡Muchas gracias por responder este cuestionario!

*Para uso exclusivo de la oficina
(Office use only)*

*Especialista clínico
(Clinician):*

Fecha (Date): _____ #