



Neurodiagnostic Sleep Centers

Escala de Evaluación de Somnolencia Epsworth

Developed by Dr. Murray Johns of Melbourne, Australia

Este cuestionario esta destinado a medir la somnolencia en el día. (Source: Sleep 1991; 14(6): 540-545).

Piense en las ultimas semanas y trate de evaluar su sueno durante las siguientes situaciones. La escala de Somnolencia Epsworth le pide que evalúe su grado de somnolencia en cada situación. Trate de evaluarse a usted mismo en estas situaciones, incluso si no han participado en esta situación desde hace mucho tiempo. Utilice la siguiente escala de clasificación numérica para puntuar cada una de las siguientes situaciones en lo que se refiere a usted.

- 0 = ninguna posibilidad de dormirse
- 1 = poca posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = alta posibilidad de dormirse

DURANTE ESTAS SITUACIONES

QUE ES LA POSIBILIDAD DE DORMIRSE?

Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo la televisión	0	1	2	3
Sentado inactivo en una parte publica (e.g. el teatro, una reunion)	0	1	2	3
Como un pasajero en un carro por una hora sin descanso	0	1	2	3
Acostado en la tarde cuando se le permite	0	1	2	3
Sentado y ablando con alguien	0	1	2	3
Sentado silencioso después de comer sin haber tomado alcohol	0	1	2	3
En un carro mientras esta estacionado por el trafico	0	1	2	3

Para comprobar su puntuación de la somnolencia verifique su puntuación total de los puntos.

CLAVE PARA LA ESCALA DE EPSWORTH

- 1 - 6 Felicidad esta durmiendo lo suficiente!
- 7 - 9 Su puntuación esta en el promedio.
- 10 y arriba Sugiere que pueden sufrir de exceso de somnolencia y debe buscar atención médica.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Historia Del Paciente

Nombre: _____

Fecha: _____

Síntomas principales _____

Sus síntomas son:

Información Del Paciente

Estado Civil:

Ocupación: _____

Alergias: _____

Estatura: _____ Peso (en libras) _____

Usted:

Duerme Bien?	Si	No	Cuantas Horas? _____
Usa Alcohol?	Si	No	Cuanto? _____
Usa Tabaco?	Si	No	Cuanto? _____
Bebidas con Cafeína?	Si	No	Cuanto? _____
Drogas de calle?	Si	No	Cuanto, y Que? _____
Ase ejercicio?	Si	No	Cuanto? _____

Historia Medica:

Cirugías, Enfermedades o A sido Lastimado

Historia Medica De Familia:

Enfermedades _____

Revisión De Systema:

Chequea se tiene problema:

General

Fiebre

ENT

Visión

Cardio

Dolor en el Pecho

Pulmonar

Sentirse sin aire

Gastrointestinal

Diarrea

Genitourinarias

Frecuencia en Orinar

Músculo esquelético

Artritis

Piel

Erupción

Psiquiátricos

Depresión

Endocrino

Problemas de
Tiroides

Hematológicos

Sangrar o Magulladuras

Medicamentos:

Medicamento

Dosis

Como son Tomados

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Cuestionario del Paciente:

1. Ha tenido un examen de dormir antes? (Si no ha tenido valla a pregunta #5)

En caso de si- Ase cuanto tiempo?

2. Recuerda donde le hicieron el examen de dormir?

3. Fue diagnosticado con desorden de dormir?

4. Esta bajo tratamiento para este desorden?

5. Ha tenido un paro cardiaco o derrame cerebral?

En caso de si – cual tuvo? Cuando?

6. Tiene historia de enfermedades a los pulmones (por ejemplo: asma, bronquitis crónico, COPD)?

Esta en el Oxígeno?

En caso de si – Cuantos litros por minuto?

Esta usando el Oxigeno todo el tiempo?

7. Puede caminar 50 pies sin asistencia?

Si no- Usa usted una silla de rueda o andador?

Que necesidades especiales o restricciones tiene usted?

8. Esta usted tomando medicamento estimulante como Provigil o Ritalin?

En caso de si, ha estado tomando dentro delas dos ultimas semanas?

9. Esta tomando medicamento para dormir?

10. Usted tiene enfermedades transmisibles que nuestros técnicos deben estar consientes?
(Tuberculosis, Hepatitis C, VIH, etc)

Autorizacion Para Divulgar Informacion Medica

Yo autorizo a esta practicaa de hacer usos y divulgacion de mi informacion de salud protegida (informacion acerca de I y los registros financieros) como se indica a continuacion.

*Otros mas que a mi mismo, y el medico remitente,
esta informacion se debe divulgar a:*

Nombre:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Verificacion De Aseguranza

Las prestaciones se determinaran una vez que la reclamacion es recibida por su compania de seguros. Nuestra intalacion proporcionara el servicio de facturacion de su compania de seguros medicos. Usted es responsable de que nos de toda la informacion correcta y completa con respecto a su cobertura de seguro medico. Es tambien responsabilidad del paciente todos los deductibles, co-aseguranza, y co-pagos, si es requerido por su poliza de seguro. Si la compania de seguros niega nuestra demanda por razones que no podemos apelar, usted entiende que la balancia se convertira en su responsabilidad.

Como un paciente de pago en efectivo, usted entiende que la mitad del pago por los servicios prestados, se debera en el momento del servicio, y un plan de pagos se puede acer despues.

A tener no fondos suficientes, un cargo de \$15 se le aplicara si su cheque es devuelto. En ese caso, nosotros solamente aceptaremos dinero en efectivo, carta de credito, y orden de dinero para el pago.

Yo e leido y entiendo que este consentimiento para liberar los registros medicos y poliza financier.

Paciente/ Representante de paciente

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACION DE PACIENTE

*****Por Favor Imprima*****

Fecha De Hoy: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (casa): () _____ Numero de Trabajo: () _____ Ext: _____

Numero de Celular: () _____ Correo Electrónico: _____

En caso de emergencia, nombre y número de teléfono de pariente más cercano:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Numero de Licencia y Estado: _____ SS#: ____ - ____ - ____

Sexo: Femenino Masculino Estado Civil: S C D V Nombre de Espos/a _____

Nombre del Médico de atención primaria: _____ Teléfono: () _____

INFORMACION DE GARANTE- Debe ser completado (por paciente o persona responsable)

Nombre de persona responsable/garante _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de Empleador: _____ Ocupación: _____

Domicilio de Empleador: _____ Teléfono: () _____

Ciudad y Estado y Código Postal: _____ SS# ____ - ____ - ____

COMPENSACION DE TRABAJADORES/RECLAMACION DE ACCIDENTE DE AUTO SI ____ NO ____

Compañía de Seguro: _____ Dirección de Seguro: _____

Numero de Reclamo: _____ Fecha de lesión: ____/____/____

Nombre de Ajustador: _____ Teléfono de Ajustador: () _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: PRIMARIA (Seguro valido es requerido para facturar)

Compañía de Seguro: _____ Numero de Grupo: _____

Garante de Póliza: _____ Relación al paciente: Si mismo Espos/a Dependiente Otro

Empleador de asegurado: _____ Direccion: _____

SS# de asegurado: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Número de identificación de plan médico: _____ Fecha efectiva: ____/____/____

Deducible Anual: \$ _____ Copago: \$ _____ Ha cumplido el deducible para este año? SI NO

Clase De Plan: PPO EPO POS HMO Otro

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: SECUNDARIA (Seguro valido es requerido para facturar)

Compañía de Seguro: _____ Numero de Grupo: _____

Garante de Póliza: _____ Relación al paciente: Si mismo Espos/a Dependiente Otro

Empleador de asegurado: _____ Direccion: _____

SS# de asegurado: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Número de identificación de plan médico: _____ Fecha efectiva: ____/____/____

Deducible Anual: \$ _____ Copago: \$ _____ Ha cumplido el deducible para este año? SI NO

Clase De Plan: PPO EPO POS HMO Otro



Reconocimiento de recibo de la Noticia de Practicas Privadas

Su nombre y su firma en esta hoja indica que ha recibido una copia de la Notificación de Practicas Privadas de American Medical Diagnostics, Ltd (AMDX)/ NeuroDiagnostic Labs, LLC (NDL) en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta en respecto a la información en la Notificación de Practicas Privadas de AMDX/NDL, por favor no dude en ponerse en contacto con un representante de clínica o el oficial de privacidad de pacientes de AMDX/NDL como lo indica su aviso.

Nombre de Paciente: _____

Si Representate de Paciente, Nombre: _____

Si Representate de paciente, Relación al paciente: _____

Firma: _____

Fecha que recibió Aviso: _____

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUENO

Apnea obstructiva del sueño (AOS) es un desorden del sueño común que es causada por la obstrucción de la vía aérea. Las características de AOS es pausas en la respiración durante el sueño. Estas pausas duran tiempo suficiente que causa mas perdidas de respiraciones durante el sueño. En AOS, la respiración se interrumpe por un bloque físico de flujo de aire a pesar de que el paciente esta tratando de respirar.

Hay varias opciones de tratamiento para AOS disponibles y cada opción de tratamiento varia en eficacia.

Presión Positiva continua en vía aérea (CPAP) maquina: proporciona una corriente de aire comprimido a través de una manguera a una almohada nasal, mascara de nariz, o mascara de rostro completo, entablillado de las vías respiratorias (manteniéndolo abierto bajo la presión de aire) para que la respiración se vuelva libre, reducir y prevenir apneas y hypopneas. Es importante notar que es la presión de aire no el flujo del aire que evita las apneas. CPAP es la opción de tratamiento más eficaz disponible.

La maquina de CPAP sopla aire a una presión (valora la presión). La presión necesaria se determina por un medico tras examinar el estudio del sueño que es supervisado por un técnico de sueño en un laboratorio. Presión que valora es la presión a la que la mayoría si no todas, las apneas se impiden. La primera vez que empiezan con la maquina de CPAP, puede haber algunas molestias, pero esto puede ser fácilmente superado con el equipo correcto. Asegúrese de hablar de cualquier incomodidad o preocupación con el medico.

Terapia CPAP mejora la somnolencia y calidad de vida, al igual mejora el estado de ánimo y reduce la presión sistólica y diastolita en la presión arterial. Pacientes que sufren de AOS que usan tratamiento de CPAP según lo prescrito han reducido hospitalizaciones de enfermedades de pulmones o cardiovasculares. Pacientes con diabetes también ven mejoría con el uso de la maquina CPAP.

Otras terapias incluyen:

Terapia Posicional- Apneas pueden empeorar cuando duermen de espalda y hay varias almohadas aprobadas por la FDA diseñadas para evitar dormir de espalda. Alarmas posicionales también están disponibles y hacen ruido cuando uno empieza a dormir de espalda. Sin embargo, puede interrumpir el sueño tanto que pueden llegar a ser mas de una preocupación que beneficio.

Aparatos Dentales- están diseñadas para el tratamiento de la apnea al mantener abierta la vía aérea en una de las tres maneras: Empujando hacia delante la mandíbula inferior (un dispositivo de avance mandibular o MAD), previniendo que la lengua caiga asía la vía aérea (un dispositivo de retención) o combinando los dos métodos. Aparatos

dentales son generalmente más efectivos con personas que sufren de apnea leve y que no sufren de obesidad. En ocasión pueden empeorar la apnea.

Perdida de Peso- Apnea del sueño puede ser relacionada con el peso ya que la grasa adicional alrededor del cuello puede hacer más estrecha la vía aérea, causando que mas obstrucciones ocurran. Perdida de peso para personas que sufren de apnea leve puede ser un tratamiento efectivo. Para personas con casos mas severas de apnea, la perdida de peso puede ser beneficiosa, pero mas difícil de hacer ya que la persona puede estar muy cansada para hacer ejercicio o puede comer durante el día para quedarse despierto. En este caso, es mejor usar otro tratamiento mientras participan en un plan de perdida de peso supervisada médicamente.

Alcohol y Medicamentos- que actúan como depresores del sistema nervioso central, tales como analgésicos, sedantes y relajantes musculares pueden empeorar la apnea del sueño por la relajación de los músculos de las vías respiratorias más y / o mediante la reducción de la unidad respiratoria y causando más de apnea que se produzca. Es posible que desee discutir alternativas con su médico los medicamentos

Si se le ha diagnosticado con apnea obstructiva del sueño y una máquina de CPAP prescrita como la mejor opción de tratamiento para usted, hay un nivel mínimo de cumplimiento con el fin de ver los beneficios. Usted está obligado a utilizar la máquina durante un mínimo de 4 horas a la noche, el 70% de noches. ¿Está dispuesto a cumplir con esta norma, si esta opción de tratamiento se recomienda?

Si

No

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____