



Texas Institute of Chest & Sleep Disorders

12322 East Freeway, Ste B3

Houston, Texas 77015

Ph (281) 481-0091 Fax (281) 481-0093

Sr. Sra. Srta _____,

Su estudio del sueño esta ordenado en el día _____.
_____. Por favor presentarse al centro del sueño
situado en el camino del rancho de 12322 East Freeway Ste B3, Houston, Tejas
77015. Si usted necesita cambiar la hora de su prueba por favor comunicarse con
Evelyn Lopez 281-481-0091.

La prueba que su médico ha ordenado será hecha sobre una base del paciente no
internado pero requiere una estancia de noche.

Cuando usted llega, le lleuaran a su sitio privado. El tecnólogo que le saluda
explicará a fondo los métodos de prueba a usted. Poco después usted llega la
preparación de la prueba comenzará que implica el unir de los electrodos a su
cabeza, pecho y piernas. Este procedimiento no es invasor y tomará
aproximadamente una hora. Se le permitirá retirarse a su sitio y relajarse antes de
dormir. Puede venir con miembro de la familia pero deberan irse antes del principio
de la prueba.

Traiga todos los artículos requeridos para una estancia de noche. Usted necesitará
traer todos los artículos personales de tocador tales como crema dental, maquinilla
de afeitar etc.

Es necesario que usted traiga algo para dormir por ejemplo pijamas.

Cada sitio tiene una cama y una almohadilla cómodas. Si usted tiene una
almohadilla que le es más cómodo, tráigala por favor con usted.

Cerciorarse de haber cenado antes de que usted llegue. **Elimine la cafeína y el
alcohol el día de su estudio.**

No duerma antes de venir al estudio.

No le servirán cena. Si usted esta programado para un MSLT le servirán el desayuno
y el almuerzo.

TRAIGA CUALQUIER MEDICINA QUE NECESITE, INCLUYENDO INHALADORES, ETC. CON USTED LA NOCHE DEL ESTUDIO , NO TOMA NINGUNA MEDICINA OPCIONAL COMO PASTILLA PARA DORMIR, ANTIHISTAMINICOS O TRANQUILIZANTES QUE NO REQUIERE TOMAR DIARIAMENTE. SI TIENE ALGUNA DUDA ACERCA DE QUE MEDICINA TOMAR, FAVOR DE PREGUNTAR A SUE MEDICO O AL LABORATORIO DEL SUENO.

EL TECNICO LO DESPERTARA ALREDEDOR DE LAS 5:30 AM. HAY REGADERA EN EL ESTABLECIMIENTO, NECESITA TRAER SU PROPIO SHAMPOO, LO PROVEEREMOS DE TOALLAS. PIDA AL TECNICO QUE LO DESPIERTE TEMPRANO ANTES DE IRSE A DORMIR.

LLENE EL CUESTIONARIO Y TRAIGALO CON USTED LA NOCHE DEL EXAMEN, LE PEDIREMOS RECORDS MEDICOS DE SU DOCTOR. SERA DE AYUDA SI TRAE ALGUN RECORD QUE USTED TENGA Y QUE SE REFIERAN A SUS PROBLEMAS DEL SUENO RECIENTES O PASADOS.

ES IMPORTANTE QUE SE SIENTA BIEN EL DIA DEL EXAMEN. SI SE SIENTE ENFERMA, TIENE CONGESTION SEVERA, MIGRANA O DOLOR DE CABEZA LLAMENOS Y DEJENOS SABER. LE CAMBIAREMOS EL HORARIO PARA UNA FECHA DISPONIBLE.

SIGUIENDO LAS INTRUCCIONES ANTERIORES AYUDARAN A PROVEERLE UNA ESTADIA COMFORTABLE Y NOS AYUDARA A TENER RESULTADOS MAS SEGUROS. SI ALGO NO ESTA CLARO O TIENE ALGUNA PREGUNT, POR FAVOR NO DUDE EN LLAMARNOS AL 713-436-4448

EL POLISONOGRAMA, ESTUDIO NOCTURNO DEL SUEÑO UN ESTUDIO NOCTURNO DEL SUEÑO ES GRABAR LAS ONDAS DEL CEREBRO (UN ELECTROENCEFALOGRAMA) EL MOVIMIENTO DEL OJO, CIERTO TIPO DE ACTIVIDAD MUSCULAR, ACTIVIDAD CARDIACA, ACTIVIDAD RESPIRATORIA, Y CONCENTRACION DE OXIGENO EN LA SANGRE DURANTE UNA NOCHE REGULAR DE SUEÑO.

PORQUE ES NECESARIO UN ESTUDIO NOCTURNO DEL SUEÑO?

LOS MEDICOS PUEDEN APRENDER MUCHO ACERCA DE LOS PATRONES DEL DORMIR Y EL DESPERTAR. UN ESTUDIO DE ESTADIA DE UNA NOCHE REVELA INFORMACION ACERCA DEL DORMIR, INCLUYENDO CUANTO SUEÑO OBTIENE USTED, CUANTO DESPIERTA, A QUE ETAPAS Y PROFUNDIDADES DE SUEÑO USTED ALCANZA DURANTE LA NOCHE, Y SI USTED TIENE UN MOVIMIENTO RAPIDO NORMAL DE LOS OJOS CUANDO DUERME (SONANDO). ADICIONALMENTE EL ESTUDIO PERMITE GRADUAR LA ACTIVIDAD MUSCULAR UNUSUAL (TEMBLORES) ACTIVIDAD CEREBRAL UNUSUAL (CONVULSIONES MENORES) ACTIVIDAD CARDIACA UNUSUAL, Y VARIACIONES EN LA CONCENTRACION DE OXIGENO EN LA SANGRE DURANTE EL ESTUDIO, ESPECIALMENTE ACTIVIDAD RESPIRATORIA LLAMADA APNEA (RETENCION MOMENTANEA EN EL RESPIRAR)

ES EL ESTUDIO VALIDO SI NO PUEDO DORMIR EN CIRCUNSTANCIAS UNUSUALES?

SI. LA MAYORIA DE LAS PERSONAS NO DORMIRAN EN UN LABORATORIO DE LA MISMA FORMA QUE DUERMEN EN CASA. EN LA MAORIA DE LOS CASOS OBTENDREMOS LA INFORMACION QUE NECESITAMOS, AUNQUE DUERMA MENOS QUE EN CASA.

DUELE?

NO. TODA LA INFORMACION ES RECABADA A TRAVES DE ELECTRODOS DE CONTACTO NO. INVASIVOS. NO AGUJAS SON USUJAS SON USADAS Y NO HAY NADA DOLOROSO EN EL EXAMEN.

COMO SE PONEN LOS ELECTRODOS?

VARIOS ELECTRODOS SON APLICADOS EN LA SUPERFICIE. Y NO SERAN LOS MISMOS EN TODOS LOS CASOS, USUALMENTE VARIOS ELECTRODOS (PEQUENAS COPAS DE METAL) SERAN APLICADOS CON ESPARADRAPO SOBRE LA CABEZA, Y CERCA DE LOS OJOS, EN EL HOMBRO, Y LAS ESPINILLAS. LA RESPIRACION SERA GRABADA, SE LE PONDRA UN PEQUENO MEDIDOR AL REDEDOR DEL PECHO Y EL ABDOMEN PARA MEDIR LA RESPIRACION. FINALMENTE UN MEDIDOR EL CUAL ES SENSITIVO A LA CANTIDAD DE OXIGENO EN LA SANGRE SE LE PODRA EN EL DEDO DADA DE ESTO ES DOLOROSO. ALGUNAS PERSONAS PUEDAN PENSAR QUE ES MOLESTO.

USTED TENDRA UNA CAMA GRANDE SEN SU PROPIO CUARTO PRIVADO.



Preguntas Para el Estudio de Dormir

Fecha: _____

1. Apellido _____ Nombre _____ Hombre/Mujer _____
2. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Casado?: _____
3. SSN: ____ - ____ - ____ Ocupación: _____ Su Doctor: _____

La siguiente información nos ayuda entender sus problemas con el dormir. Por favor conteste todas las preguntas lo mejor posible. Si es posible, conteste las preguntas con la ayuda de alguien que es familiarizado con sus manías de dormir.

Sección I: Problema Primario

4. Que es su problema primario? _____
5. Cuánto tiempo tiene usted con este problema? _____
6. Hubo alguna razón que empezó usted con este problema (aumento de peso, estresado, enfermedad, o alguna otra cosa)? _____
7. Le han hecho un estudio de dormir? ____ Hace cuanto? ____ Donde? _____
8. Ha usado usted una mascara para respirar de noche? No ____ Sí ____
 Por cuanto tiempo? _____ Quanta presión? _____ Tipo de mascara? _____

Sección II: Historia de su problema de dormir:

Que es la posibilidad que usted se duerma haciendo las siguientes cosas, en ves de solamente sentirse cansado? Aunque no haga hecho estas cosas, imagínese como le afectarían. Use estos números para indicar como le afectaría cada situación:

- 0 = nunca me dormiría 1 = posiblemente me dormiría
 2 = probablemente me dormiría 3 = casi siempre me dormiría

Situación	Posibilidad de dormir			
	Nunca	A veces	Mucho	Siempre
1. Sentado con un libro	0	1	2	3
2. Viendo televisión	0	1	2	3
3. Sentado en publico (en una junta on en el teatro)	0	1	2	3
4. Pasajero en un auto por una hora o más	0	1	2	3
5. Reposando en la tarde para descansar	0	1	2	3
6. Sentado hablando con alguien	0	1	2	3
7. Sentado después do comer (sin alcohol) en el medio día	0	1	2	3
8. Parado en trafico en un carro	0	1	2	3
			Total _____	
1. Se duerme o siente cansado manejando un carro?	0	1	2	3
2. Se duerme o siente cansado en el trabajo?	0	1	2	3
3. Usted toma siestas durante del día?	0	1	2	3
4. Siente como que pierde fuerza o control de sus músculos en veces (especialmente cuando se ríe o cuando se sorprende)?	0	1	2	3
5. Siente como que tiene sueños muy vividos cuando se empieza a dormir?	0	1	2	3
6. Siente como que no se puede mover (paralizado) cuando se empieza a dormir?	0	1	2	3
7. Siente usted dolor or sensación incomoda en las piernas cuando esta relajando, o cuando se esta durmiendo que se alivia con mover las piernas o con caminar?	0	1	2	3
8. Cómo se siente de cansado ahora?	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo

Quando usted duerme:

	Nunca	A veces	Mucho	Siempre
9. Ronca?	0	1	2	3
10. Para de respirar?	0	1	2	3
11. Siente como que no puede ponerse cómodo?	0	1	2	3
12. Despierta sintiendo como que le hace falta aire?	0	1	2	3
13. Despierta con ácido del estomago en la garganta?	0	1	2	3
14. Camina o habla cuando esta dormido?	0	1	2	3
15. Tiene pesadillas?	0	1	2	3
16. Rechina los dientes?	0	1	2	3
17. Mueve los brazos o piernas de mas, or da patadas con las piernas?	0	1	2	3
18. Tiene movimientos violentos cuando duerme a cuando esta despertando?	0	1	2	3
19. Despierta con la boca seca?	0	1	2	3
20. Despierta con dolor de cabeza?	0	1	2	3
21. Siente que necesita pastillas o medicamento para dormir?	0	1	2	3
22. Toma usted alcohol o vino para poder dormir?	0	1	2	3
23. A estado tomando pastillas o medicamento para dormir cada noche por mas de 3 semanas?	0	1	2	3
24. Se acuesta en la cama sin poder dormir or regresar a dormir por mas de 30 minutos?	0	1	2	3
25. No le gusta acostarse a dormir porque piensa que "nunca" se va poder a dormir?	0	1	2	3

Sección III: Hábitos de dormir

26. A que hora se acuesta entre semana? _____ fin de semana? _____
27. Cuánto tiempo toma para dormirse? _____
28. Que porciento duerme en su espalda ___% Estomago ___% Lado Izquierdo/Derecho __/___%
29. a.) Cuantas veces se despierta en la noche? _____
 b.) Cuánto tarda para dormirse otra ves? _____
 c.) Que lo despierta? (baño, etc.) _____
30. A que horas se despierta entre semana? _____ fin de semana? _____
31. Cuantas horas duerme en la noche normal mente? _____
32. Cómo se siente en las mañanas?
 Muy Cansado? ___ Cansado, pero despierto rápido? ___ Despierto, listo para el día? ___
33. Como funciona en la (el):
 Mañana: Bueno Mediano Mal
 Medio Día: Bueno Mediano Mal
 Tarde: Bueno Mediano Mal

Sección IV: Historia Medica

1. Por favor indique su historia medica: Usted tiene, o le han dicho que tiene:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Parkinson's |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Demencia (Alzheimer's, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Historial de no respirar mientras duerme |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroide | <input type="checkbox"/> Orinar de mas por noche | <input type="checkbox"/> Historial de debilidad en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión or ansiedad | <input type="checkbox"/> Obesita |
| <input type="checkbox"/> Corazón Malo | <input type="checkbox"/> Hígado Malo | <input type="checkbox"/> Comportamiento abnormal mientras duerme |
| <input type="checkbox"/> Pulmones Malos | <input type="checkbox"/> Convulsions Epilepsia | |

Historial de Cirugías (por favor escriba los últimos 5 años de su historia medica)

Problema	Desde Cuando	Tratamiento	Toda Vía tiene el problema?
----------	--------------	-------------	-----------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. Por favor escriba medicamentos recetados o comprados en tienda que esta tomando o a tomado reciente mente:

Nombre	Fuerza	Cada Cuando	Razón
--------	--------	-------------	-------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. Su Peso? _____ Su Estatura? _____

4. Usted fuma? _____ Si fuma, desde cuando? _____ cuantos? _____ / día

5. Usted toma alcohol? _ Si toma, desde cuando? _____ cuanto? _____ / día / semana / mes

6. Usted toma cafeína (café, te, soda)? _____ quanta? _____ / día / semana / mes

Historia General:

1. Ha tenido problemas recientemente con su memoria o concentración? _____

Explique: _____

2. Ha notado cambios en su manera de ser (mas corajudo o impaciente)? _____

Explique: _____

3. Ha notado otros problemas recientes como estrés o ansiedad? _____

Explique: _____

4. Ha estado deprimido recientemente? _____

Explique: _____

5. Ha tenido problemas sexuales recientemente (impotencia, no siente deseos, eyaculacion prematura, etc.) ? _____

Explique: _____

6. Usted viaja a diferentes zonas de tiempo que le afectan su horario de dormir? _____

Explique: _____

7. Usted trabaja diferentes horarios o horarios que no permiten el sueno regular? _____

Explique: _____

8. Cómo oyó de nuestra clínica? Su doctor / amigo / Internet / Libro de Teléfono or anuncio en _____

ATENCIÓN PACIENTES DE ESTUDIO DE SUEÑO

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ESTA POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Política de cancelación

Ha sido programado para un estudio del sueño. Si usted es incapaz de mantener su cita, solicitamos respetuosamente la notificación anticipada de al menos 72 horas. Por favor llame al Oficina (281) 481-0091 consultorio a reprogramar su cita. La notificación de avance permitirá que el centro del sueño programar a otros pacientes que están esperando pruebas de sueño.

Si avance no reciba la notificación, lamentablemente, le cobrarán una tarifa de cancelación de \$110 para el nombramiento perdido. Esta cuota de cancelación es no un gasto cubierto por su compañía de seguros!

La razón de esto es la siguiente. La mayoría técnicos de sueño son empleados contratados y deben pagarse incluso si el paciente programado no asistir a la cita. Es por este estándar de la industria que nos debemos pasar una porción del costo a nuestros pacientes.

Gracias y nos vemos en la próxima cita.

ATTENTION PATIENTS

If Dr. Lechin or Dr. Nasser sent you to have a test done, it is your responsibility to call our office after you have completed your test(s) so that we can schedule you for a follow up appointment to discuss your results.

Please be aware that we will not discuss any test results over the phone.

Si el Dr. Lechin o el Dr. Nasser lo envió para hacer una prueba Es su responsabilidad de llamar a nuestra oficina después de que usted haya terminado sus pruebas para poder programarle para una cita, para discutir sus resultados.

No discutiremos ningun resultado de la prueba sobre el teléfono.

Print Name: _____

Signature: _____ Date: _____

Thank you.