Valley Sleep Center
A Night and Day Difference!

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

Actualización del Historial del Paciente

Nombre:_____**Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:**_____

Usa productos de tabaco?	**Si**	**No**	**Cuanto por dia?**(How much per day?)
Come o toma cafeína? (chocolate, soda, café, te, etc)	**Si**	**No**	**Cuanto por dia?**(How much per day?)
Consume alcohol?	**Si**	**No**	**Cuanto por dia?**(How much per day?)

Historial Médico (por favor circule lo que aplique) (Medical History)

___ No Historial Medico (Medical History)
___ Reflujo ácido (Acid Reflux or GERD)
___ Artritis (Arthritis)
___ Arritmia cardíaca (Cardiac Arrhythmias)
___ Depression
___ Diabetes Mellitus
___ Orinar en el sueño (Urinating in Sleep)
___ Ataque al corazón (Heart Attack)
___ Alto Colesterol (High Cholesterol)
___ Insomnia
___ Enfermedad del riñon (Kidney Disease)
___ Narcolepsia (Narcolepsy)
___ Obesidad (Obesity)
___ Hipertensión (HBP)
___ Ciática (Sciatica)
___ Palpitaciones (Palpitations)
___ Rechinar de dientes (Bruxism)
___ Alergias (Allergies/Allergic Rhinitis)
___ Asma (Asthma)
___ Ansiedad (Anxiety)
___ Dolor crónico (Chronic Pain)
___ Desorden alimenticio (Eating Disorder)
___ Somnolencia diurna excesiva (EDS)
___ Insuficiencia cardíaca (Heart Failure)
___ Hypoxemia
___ Sueño insuficiente (Insufficient Sleep)
___ Pérdida de memoria (Memory Loss)
___ Pesadillas (Nightmares)
___ Apnea obstructiva del sueño (OSA)
___ Síndrome de piernas inquietas (RLS)
___ Convulsiones (Seizures)
___ Accidente cerebrovascular (Stroke)
___ Apnea central del sueño (Central Sleep Apnea)
___ Desorden bipolar (Bipolar Disorder)
___ Enfermedad de la Arteria coronaria (Coronary Artery)
___ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
___ Amígdalas agrandadas/hipertrofia (Enlarged Tonsils)
___ Lesión craneal (Head Injury)
___ Trastorno de estrés postraumático (PTSD)
___ Hipersomnia Idiopática (Idiopathic Hypersomnia)
___ Deficiencia de hierro (Iron Deficiency)
___ Infarto de miocardio/ataque cardíaco (Heart Attack)
___ Terrores nocturnos (Night Terrors)
___ Hablar dormido/sonambulismo (Sleep Talking)
___ Neuropatía periférica (Peripheral Neuropathy)
___ Trastorno de trabajo por turnos (Shift Work Disorder)
___ Problemas sinusales/Sinusitis (Sinus Problems /Sinusitis)
___ Cancer - Tipo (Type): _____
___ Trastorno de tiroides/Tipo (Thyroid Disorder/Type): _____
___ Otro (Other): _____

Medicamentos*(Medications):*

___ No hay cambios (No Medication changes)

1._____ 4._____

2._____ 5._____

3._____ 6._____

Alergias *(Allergies)***:**_____

Epworth Sleepiness Scale

Qué posibilidades hay de que se duerma o le de sueño en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse cansado. Esto se refiere a su estilo de vida habitual en los últimos meses. Elija el número más apropiado para cada situación.

0=Nunca me quedaria dormido 1=Pocas posibilidades 2=Posiblemente 3=Alta posibilidades

Situacion	***Posibilidades de quedarse dormido***
Sentado y leyendo Sitting and reading	0 1 2 3
Viendo television Watching TV	0 1 2 3
Sentado en un lugar publico (i.e., teatro, o una junta) Sitting in a public place	0 1 2 3
Como pasajero en un coche por una hora sin parar As a passenger in a car for an hour without a break	0 1 2 3
Acostandose a descansar por la tarde cuando las circunstancias le permitan Lying down to rest	0 1 2 3
Sentado y hablando con alguien Sitting and talking to someone	0 1 2 3
Sentado callado despues del almuerzo sin alcohol Sitting quietly after a lunch	0 1 2 3
En un coche parado por unos minutos en tráfico In a car, while stopped for a few minutes in Traffic	0 1 2 3