

# Sleep Medicine Services of Western Massachusetts

## PRE-STUDY QUESTIONNAIRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Estudio: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria (médico / enfermera): \_\_\_\_\_

Otro proveedor / médico que le gustaría recibir los resultados de la prueba: \_\_\_\_\_

Estoy teniendo este estudio del sueño realizado, debido a (por favor, seleccione uno o más de los siguientes):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga excesiva / sueño                       | <input type="checkbox"/> El insomnio (dificultad para dormir)     |
| <input type="checkbox"/> Los ronquidos                                 | <input type="checkbox"/> Las sacudidas de la pierna cuando duermo |
| <input type="checkbox"/> suspensión de la respiración durante el sueño | <input type="checkbox"/> Otro: _____                              |

Mi altura es: \_\_\_\_\_ Mi peso es: \_\_\_\_\_ ¿Es usted alérgico al látex? Sí  No

¿Está usted preocupado con la caída durante la noche? Sí  No

Mi horario habitual de trabajo o escuela es: \_\_\_\_\_ AM/PM a \_\_\_\_\_ AM/PM (actualmente no estoy trabajando )

En los días que no estoy trabajando o en la escuela ....

En días de trabajo laborables o días escolares....

... Me voy a la cama a las \_\_\_\_\_ AM/PM

... Me voy a la cama a las \_\_\_\_\_ AM/PM

... Me levanto a las \_\_\_\_\_ AM/PM

... Me levanto a las \_\_\_\_\_ AM/PM

Hoy en día, yo dormía la siesta de \_\_\_\_\_ AM/PM a \_\_\_\_\_ AM/PM Ayer por la noche, me dormí de \_\_\_\_\_ AM/PM a \_\_\_\_\_ AM/PM

Hoy en día, he tenido –

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Las bebidas con cafeína | <input type="checkbox"/> Los otros estimulantes | <input type="checkbox"/> Los tranquilizantes |
| <input type="checkbox"/> Las bebidas alcohólicas | <input type="checkbox"/> Marihuana              | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos    |

En las últimas 2 semanas, he utilizado los siguientes medicamentos (Por favor, escriba "Ninguno", en su caso)

NOMBRE	HORA DE LA ÚLTIMA DOSIS	NOMBRE	HORA DE LA ÚLTIMA DOSIS

(For Technician's use): Patient's BMI: \_\_\_\_\_ Patient's Neck Circumference: \_\_\_\_\_ inches ESS: \_\_\_\_\_

Set-up Technician: \_\_\_\_\_ Recording Technician: \_\_\_\_\_