



Centro de Trastornos del Sueño

Ryan Ranch Outpatient Campus
2 Upper Ragsdale Drive, Suite D-220
Monterey, California 93940
831-649-7210

Acreditado por la Americana de Medicina del Sueño

Medical Director
Richard J. Kanak, MD, FCCP
Diplomate, American Board of Sleep

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

Nombre:

Fecha de nacimiento:

MRN:

1. ¿Quién le recomendó que obtuviera una evaluación de trastornos del sueño?
(Por ej. conyugue, amistad, doctor (indique su nombre), experiencia en hospital, inquietud propia) _____
2. ¿Qué espera lograr de esta consulta? _____

3. ¿A qué hora se acuesta normalmente? _____
 - a. En días entre semana de trabajo o escuela _____
 - b. En fines de semana o días de descanso _____
4. ¿Hace cualquiera de las siguientes actividades en cama antes de apagar las luces?
 Ver televisión Escuchar música Leer Trabajar Computadora/iPad, etc.
Otros hábitos a la hora de dormir: _____
5. ¿Qué actividades hace durante la hora antes de irse a acostar?

6. ¿Cuánto le tarda normalmente quedarse dormido después de apagar las luces (indique un rango de tiempo)? _____
7. ¿Usa o ha intentado usar antes algún medicamento para dormir, ya sea de venta libre o con receta médica?
Actualmente: _____
En el pasado: _____
8. ¿Fuma cigarrillos, usa productos de marihuana o consume alcohol cerca de la hora de dormir? Sí No (explique) _____
9. ¿Con qué frecuencia se despierta en las noches? _____
10. ¿Por qué se despierta en las noches? Ir al baño Roncar Dificultades al respirar
 Sensación de sofocación Reflujo ácido Molestia/incomodidad en las piernas
 Piernas inquietas Ansiedad/preocupación Palpitaciones Dolor
otro (explique) _____
11. ¿Come o toma un refrigerio frecuentemente cuando se despierta en la noche? Sí No

12. Si se despierta durante la noche, ¿se le dificulta volverse a dormir? Sí (explique) No
-
13. ¿A qué hora se levanta para ir a trabajar o a la escuela (si aplica)? _____
14. ¿A qué hora se levanta en fines de semana o en días sin trabajo? _____
15. ¿Usa un despertador o despertador de radio para ayudarlo a despertarse a tiempo? Sí No
16. ¿Cuánto tiempo en total cree que duerme la mayoría de las noches en días de trabajo/escuela? _____
17. ¿Cuánto tiempo en total cree que duerme la mayoría de las fines de semana o días de descanso? _____
18. ¿Se toma siestas durante el día?
- Nunca 1-2x por semana 3-4x por semana 5-6x por semana todos los días
 - ¿Cuánto tiempo duran sus siestas usualmente? _____
 - ¿Se despierta descansado o refrescado de sus siestas?
 Sí No Más o menos
19. ¿Viaja a menudo donde cruza 2 o más husos horarios? Sí No
20. Usted o quienes lo conocen lo consideran un:
- “noctámbulo” Sí No Más o menos
 - “persona de mañana” Sí No Más o menos
21. ¿Se preocupa o tiene ansiedad con respecto a cómo duerme?
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
22. **En los últimos meses**, ¿qué tan a menudo experimenta estos problemas?:
- A la hora de dormir, tengo muchos pensamientos
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
 - A la hora de dormir, me preocupo por las cosas
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
 - A la hora de dormir, temo que no podré quedarme dormido
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
 - Después de despertarme en la noche, me preocupa no poder volverme a quedar dormido
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
 - Duermo mejor en lugares que no me son familiares, como en una habitación de hotel
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
23. ¿En qué posición(es) se duerme? Sobre la espalda De lado izquierdo
 De lado derecho Sobre el estómago En una silla En una cama tipo hospital
24. ¿Ronca con suficiente ruido como para despertarse a sí mismo o molestar a otros?
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches Solo cuando duermo sobre la espalda

25. ¿Alguna vez alguien le ha dicho que suspende la respiración o deja de respirar mientras duerme? Sí No (explique): _____
-
26. ¿Se despierta con sensación de sofocación en la noche?
 Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
27. ¿Se despierta con agruras o acidez estomacal? Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
28. ¿Se despierta de dormir sintiendo que la falta aire? Sí No
29. ¿Se despierta frecuentemente la boca seca? Sí No
30. ¿ Se despierta con dolor de cabeza?
 Nunca 1-3x por mes 1-3x por semana Casi todos los días
31. ¿Rechina los dientes o aprieta la mandibular durante la noche?
 Rechina Aprieta Ninguno de estos
32. ¿Usa o alguna vez ha usado protector de mordida (Nite Guard) para proteger sus dientes? Sí No
33. ¿Se para orinar en la noche? Sí No ¿Que tan seguido? _____
34. ¿Tiende a sudar mucho durante la noche?
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
35. ¿Duerme inquieto? Sí No (por ej. cambia de posición con frecuencia, se revuelca en la cama, se despierta con las sábanas y cobijas fuera de lugar)?
36. ¿Se le acalambran los músculos en las piernas durante la noche?
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
37. ¿Se le ha dicho o ha notado que sus brazos o piernas saltan o crisan cuando duerme?
 Nunca Ocasionalmente Casi todas las noches
38. ¿Cuando trata de relajarse en las noches o a la hora de acostarse, ¿siente a veces sensaciones desagradables o de inquietud en sus piernas o brazos (*otras que no son calambres musculares*) que se alivian con movimiento (por ej. estirar o masajear las piernas, golpear las piernas, caminar)?
 Nunca 1-3x por mes 1-3x por semana Casi todos los días
- Describa la sensación: _____
 - ¿Qué edad tenía cuando empezó a sentir estas sensaciones desagradables de piernas/brazos inquietos? _____
39. ¿Alguna vez se ha despertado sintiendo como si estuviera actuando un sueño, por ej. pateando o saltando de la cama en respuesta a su sueño? Sí No
40. ¿Ha sido sonámbulo *en los últimos cinco años*? Sí No
Si sí, describa los detalles _____

41. ¿Ha tenido convulsiones o ataques epilépticos mientras duerme *en los últimos cinco años*? Sí No Si sí, describa lo que sucedió _____
-
42. ¿Tiene dificultad con?: Memoria a corto plazo Enfocarse/concentrarse Ninguno de estos
43. La mayoría de los días me despierto sintiéndome:
 Lleno de energía y completamente despierto
 Algo descansado, pero probablemente podría dormir más
 Aún cansado o soñoliento
44. ¿Se queda dormido sin querer? (trabajo/reunión, escuela, leyendo, manejando, TV, etc.)
 Sí Ocasionalmente Casi todas los días Ejemplos: _____
-
45. ¿Siente sueño o letargo a menudo mientras conduce?
 Sí No No manejo
46. ¿Deja a menudo que otra persona maneje porque se siente soñoliento o fatigado?
 Sí No
47. ¿En los últimos cinco años, ¿ha tenido accidentes automovilísticos o “cuasi accidentes” mientras maneja debido a la soñolencia, letargo o fatiga? Sí No
48. ¿Alguna vez ha manejado a algún lado y después no se acuerda haber manejado ahí?
 Sí No
49. ¿Se duerme de pronto durante el día sin haber sentido sueño unos minutos antes?
 Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
50. ¿Qué tan seguido sueña en la noche? Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
51. ¿Sueña en sus siestas durante el día? Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
52. ¿Alguna vez ha despertado sintiendo como si sus músculos estuvieran paralizados y no se puede mover por unos segundos o minutos? Sí No
53. Alguna vez ha sentido como si:
a. ¿Comienza a soñar antes de quedarse dormido? Sí No
b. ¿Seguía soñando después de despertarse? Sí No
54. ¿Tiene o alguna vez ha tenido episodios de debilidad muscular, pérdida de fuerza muscular o músculos lánguidos en cualquier parte de su cuerpo en alguna de las siguientes situaciones?
a. Cuando se ríe, por ej. “rodillas débiles” Sí No
b. Cuando está enojado Sí No
c. Cuando está escuchando o diciendo un chiste Sí No

55. Índice de gravedad de insomnio

Problema de insomnio	Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
A. Dificultad para dormirse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
B. Dificultad para permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
C. Problema de despertarse demasiado temprano	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

D. ¿Qué tan SATISFECHO/INSATISFECHO está con su patrón de dormir ACTUAL?
 Muy satisfecho Satisfecho Moderadamente Satisfecho Insatisfecho Muy Insatisfecho
 0 1 2 3 4

E. ¿Cuánto piensa usted que los demás NOTAN que su problema de sueño impacta su calidad de vida?
 Para nada Un poco Algo Bastante Mucho
 0 1 2 3 4

F. ¿Qué tan PREOCUPADO/CONSTERNADO está sobre su patrón de dormir actual?
 Para nada Un poco Algo Bastante Mucho
 0 1 2 3 4

G. ¿A qué grado considera que su problema de sueño INTERFIERE con sus quehaceres diarios (por ej., fatiga durante el día, humor, habilidad para funcionar en las tareas del trabajo/diarias, concentración, memoria) ACTUALMENTE?
 Para nada Un poco Algo Bastante Mucho
 0 1 2 3 4

56. Puntaje de somnolencia Epworth

¿Qué tan probable es que se adormite o se quede dormido en las situaciones que se describen a continuación, a diferencia de solo sentirse cansado? Esto se refiere a su modo de vida cotidiano en tiempos recientes.

Aunque no ha hecho algunas de estas actividades recientemente, imagine cómo le pudieran haber afectado.

0 = nunca me quedaría dormido	2 = moderada probabilidad de quedar dormido			
1 = ligera probabilidad de quedar dormido	3 = alta probabilidad de quedar dormido			
Situación	Probabilidad de quedar dormido			
	Nunca	Ligera	Moderada	Alta
Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Viendo televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentado, inactivo en un lugar público (por ej. en el teatro o en una reunión)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Como pasajero en un auto durante una hora sin parar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Acostado para descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentado y conversando con alguien	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sentado tranquilamente después del almuerzo sin haber bebido alcohol	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En un auto mientras está parado unos minutos en tráfico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

57. **La Escala de Severidad de la Fatiga (FSS, por sus siglas en inglés)** es un método para evaluar el impacto que tiene la fatiga sobre usted. Lea cada declaración y califique el nivel de fatiga, seleccionando un número del 1 al 7, basándose a cuánto ésta refleja su condición durante la semana anterior, y el grado que está de acuerdo o desacuerdo en que la declaración aplica a usted.

Es importante que elija un número (1 al 7) para cada pregunta.

Cuestionario de la Escala de Severidad de la Fatiga							
En el transcurso de la semana pasada, me di cuenta que:	No estoy de acuerdo ←→Estoy de acuerdo						
Mi motivación es menor cuando estoy fatigado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
El ejercicio me provoca la fatiga.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Me fatigo fácilmente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
La fatiga interfiere con mi funcionamiento físico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
La fatiga me provoca problemas frecuentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Mi fatiga evita que funcione físicamente de manera prolongada.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
La fatiga interfiere con mi capacidad de cumplir con algunas de mis obligaciones y responsabilidades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
La fatiga es uno de los tres síntomas que más me incapacitan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
La fatiga interfiere con mi trabajo, familia o vida social.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	Calcificación total:						

58. En las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido se ha molestado por cualquiera de los siguientes?

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Sensación de nerviosismo, ansiedad o estar en el límite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Incapaz de detener o controlar la preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Poco interés o placer al hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Melancolía, deprimido o desesperanzado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Exámenes y tratamientos anteriores de problemas del sueño

Evaluación por un especialista en sueño en el pasado; Si sí, ¿dónde y quién?

Examen del sueño en casa en el pasado; Si sí, ¿con qué doctor o compañía?

Examen del sueño pernoctando en una clínica de pruebas en el pasado; Si sí, ¿en dónde? _____

Uso actual o en el pasado de una máquina CPAP o bilevel PAP en casa

Tratamiento quirúrgico para apnea nocturna en el pasado

Uso actual o en el pasado de un dispositivo dental para tratar la apnea nocturna

Tratamiento actual o en el pasado para piernas inquietas

Tratamiento actual o en el pasado para el trastorno conductual del sueño MOR (REM, en inglés)

Tratamientos actuales o en el pasado sin medicamentos para el insomnio, por ej. terapia conductual cognitiva

Otras evaluaciones anteriores o tratamientos para problemas del sueño

60. En el transcurso del último mes, ¿qué tanto problema fueron las siguientes condiciones para usted?

	Ninguna	Muy leve	Moderada	Bastante mal	Severo
a. Congestión y taponamiento nasal	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Bloqueo u obstrucción nasal	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Dificultades para respirar por la nariz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. No pude respirar suficiente aire a través de la nariz durante el esfuerzo físico o ejercicio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

61. Marque cualquiera de estas enfermedades infantiles que recuerde haber tenido:

Tosferina

Polio

Fiebre reumática

Varicela

62. Marque cualquiera de las siguientes condiciones médicas que tiene ahora o que ha tenido en el pasado:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Narcolepsia | <input type="checkbox"/> ERGE/reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Uso de otro medicamento |
| <input type="checkbox"/> Apnea nocturna | <input type="checkbox"/> Alergias nasales | _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de la articulación temporomandibular | <input type="checkbox"/> Inyecciones para alergias | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dentaduras | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Dientes sueltos/faltantes | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de colesterol/lípidos |
| <input type="checkbox"/> Piernas inquietas | <input type="checkbox"/> EPOC/enfisema | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de hierro | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Fibrilación o aleteo auricular |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar | <input type="checkbox"/> Problema de ritmo cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Sarcoidosis | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Fiebre del valle (cocci) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonary por asbestos (asbestosis) | <input type="checkbox"/> Accidente Isquémico Transitorio (AIT) |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva |
| <input type="checkbox"/> Fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad pulmonar _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | _____ | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos en la pierna |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Próstata agrandada | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos en el pulmón |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Baja actividad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Otro dolor persistente | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Coto |
| <input type="checkbox"/> ¿Dónde? _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| _____ | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| _____ | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Cálculos biliar |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Crohn |
| <input type="checkbox"/> Esclerodermia | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Uso de cocaína | |
| <input type="checkbox"/> Infección de SIDA | <input type="checkbox"/> Uso de metanfetaminas | |

63. ¿Le han hecho una prueba de tuberculosis (prueba cutánea "PPD" o prueba sanguínea "Quantiferon Gold")?:

Quantiferon Gold	<input type="checkbox"/> No se ha hecho	Año:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
PPD (examen cutáneo de tuberculosis)	<input type="checkbox"/> No se ha hecho	Año:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para tuberculosis? Sí No

64. Enumere cualquier forma de cáncer/malignidad que usted tiene o haya tenido en el pasado: _____

65. Otros problemas médicos mayores no enumerados anteriormente (enumere las cirugías, operaciones en la siguiente página) _____

66. Marque o enumere todas las cirugías o procedimientos médicos que recuerde haber tenido:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amígdalas removidas | <input type="checkbox"/> Adenoides removidas | <input type="checkbox"/> Cirugía de los senos nasales |
| <input type="checkbox"/> Reparación del tabique nasal | <input type="checkbox"/> Paladar/úvula suave | <input type="checkbox"/> Cirugía de la lengua |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Derivación cardiaca | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Prótesis endovascular o angioplastia | <input type="checkbox"/> Otra prótesis endovascular o angioplastia | <input type="checkbox"/> Marcapasos o desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Vesícula removida | <input type="checkbox"/> Cirugía del pulmón | <input type="checkbox"/> Cirugía de úlcera |
| <input type="checkbox"/> Derivación gástrica | <input type="checkbox"/> Banda gástrica | <input type="checkbox"/> Manga gástrica |
| <input type="checkbox"/> Cirugía para ERGE/reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Apéndice removido | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera | <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla | <input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de catarata | <input type="checkbox"/> Cirugía de la retina | <input type="checkbox"/> Cirugía de glaucoma |

Otras cirugías/procedimientos: _____

67. Enumere todos los medicamentos que toma, incluyendo inhaladores para asma, aerosoles nasales, medicamentos tópicos y medicamentos que toma conforme los requiera (O ADJUNTE UNA LISTA DE SUS MEDICAMENTOS):

Medicamento	Dosis/concentración	Cuándo y qué tan seguido lo toma
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

68. Enumere todos los medicamentos de venta libre que toma, incluyendo vitaminas, minerales, suplementos y hierbas.

1.	11.
2.	12.
3.	13.
4.	14.
5.	15.
6.	16.
7.	17.
8.	18.
9.	19.
10.	20.

69. Enumere cualquier medicamento al cual es sensible, es alérgico o le causa malas reacciones:

Nombre del Medicamento	Tipo de reacción (por ej. urticaria, lengua hinchada, respiratorio)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

70. ¿Le han tomado alguna vez rayos-x en inyectándole tinte (contraste) en la sangre?
 Sí No

Si la respuesta es sí, describa cualquier efecto secundario o reacción alérgica que haya tenido al tinte:

71. ¿Alguna vez ha recibido...? Quimioterapia Sí No Terapia de radiación Sí No
 ¿Escriba detalles? _____

72. ¿Alguna vez ha donado sangre? Sí No ¿Cuándo? _____

73. ¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre? Sí No ¿Cuándo? _____

74. ¿Piensa que podría estar en riesgo de tener una infección de VIH o SIDA? Sí No

75. ¿Ha sido expuesto a cualquiera de los siguientes?

- Pájaros exóticos o plumas de pájaros Polvo de granos Paja enmohecida en la actualidad
- Jacuzzi/spa en casa actualmente Asbestos Berilio
- Chorro de arena Soldadura Metales pesados
- Pesticidas Estaño Polvo de harina de hornear
- Otro (explique) _____

76. Relaciones en casa:

- a. Matrimonio/relación de largo plazo Soltero(a) Viudo(a) Separado(a)
 Divorciado(a)
- b. Mi conyugue/pareja duerme en una cama aparte o en otra recámara

77. ¿Qui vive con usted en su casa? _____
78. ¿Dónde se crio? _____
¿Por cuánto tiempo ha vivido en la localidad? _____
¿Dónde más ha vivido y cuándo? _____
79. ¿Cuál es el grado más alto al que asistió en la escuela? _____
80. Actualmente, ¿es usted...? Trabajador independiente Un empleado
 Desempleado Retirado Incapacitado
81. ¿Cuál es su ocupación actual o más reciente? _____
82. ¿Qué otro tipo de trabajo ha hecho en el pasado? _____

83. Describa cualquier tipo de experiencia militar. _____

84. Enumere los viajes al exterior de los Estados Unidos en los últimos 5 años _____

85. Describa su dieta: _____
86. Describa el ejercicio usual que hace: _____
87. ¿Actualmente fuma?
 Vape o cigarrillos electrónicos Cigarrillos Puros Pipa Marihuana
¿Cuánto fuma? _____
88. Si dejó de fumar, describa sus hábitos de fumar en el pasado: **¿Cuánto fumó y por cuánto tiempo?**

 Nunca he fumado
89. ¿Qué tan seguido bebe una bebida que contiene alcohol?
 Nunca he bebido alcohol en mi vida
 Nunca
 Una vez al mes o menos
 2-4x al mes
 2-3x a la semana
 4 or más veces a la semana
90. ¿Cuántas bebidas estándar con alcohol toma en un día típico?
 1-2
 3-4
 5-6
 7-9
 10 o más

91. ¿Qué tan seguido toma seis o más bebidas en una sola ocasión?

- Nunca
- menos de una vez al mes
- 2-4x al mes
- 2-3x a la semana
- 4 o más veces a la semana

92. ¿Toma bebidas con cafeína?

- Café ¿Cuánto toma? _____
- Té ¿Cuánto toma? _____
- Soda de Cola/Mountain Dew ¿Cuánto toma? _____
- Bebidas energizantes ¿Cuánto toma? _____

¿Qué tan tarde (hora) consume usualmente cafeína? _____

93. Enumere las mascotas/animals domésticos que tiene en su casa, incluyendo pájaros, roedores, reptiles, animales de granja _____

94. Enumere los miembros de la familia que tienen los siguientes problemas:

<input type="checkbox"/> Apnea nocturna	<input type="checkbox"/> Ronquidos fuertes
<input type="checkbox"/> Narcolepsia	<input type="checkbox"/> Piernas inquietas
<input type="checkbox"/> Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Insomnio por largo tiempo
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Colesterol o triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/> Ataque del corazón o arterias tapadas
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias nasales, por ej. al polvo, polen, gatos
<input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo en las piernas o en el pulmón	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Demencia o Alzheimer	<input type="checkbox"/> Otro:

95. Complete la siguiente información del historial médico de su familia:

Soy adoptado y no sé nada de los problemas médicos de mi familia biológica

Pariente Edad ¿Vivo? Causa de muerte Problemas de salud mayores

Padre				
Madre				

Complete esta lista de hermanos, hermanas, hijos, hijas – por favor inclúyalos aún si están saludables

Pariente Edad ¿Vivo? Causa de muerte Problemas de salud mayores

96. **Repaso de los sistemas**

¿Cuál es su estatura? _____

o ¿Ha perdido estatura por causa de osteoporosis u otra razón? Sí No

o De ser sí, ¿cuánta estatura ha perdido? _____

¿Cuál es la medida de su cuello (si la conoce)? _____

¿Cuál es su peso más reciente? _____

¿Estime su peso hace 1 año? _____

¿Estime su peso hace 5 años? _____

¿Estime su peso hace 10 años? _____

¿Estime su peso cuando tenía 21 años? _____

¿Ha experimentado cualquiera de estos síntomas en último mes?

Sí No Constitucional

- S N Pérdida de apetito
- S N Pérdida de peso
- S N Aumento de peso
- S N Escalofríos o fiebre
- S N Sudor profuso durante la noche
- S N Fatigado/cansado

Sí No Ojos

- S N Cambios recientes en la visión
- S N Picazón en los ojos
- S N Ojos llorosos
- S N Ojos secos
- S N Dolor in los ojos

Sí No Nariz, garganta, oídos

- S N Pérdida de audición
- S N Zumbido en los oídos
- S N Problemas de olfato
- S N Problemas de degustación
- S N Mal aliento frecuente
- S N Sangrado de nariz recurrente
- S N Estornudos
- S N Congestión nasal
- S N Atomizador nasal (por ej. Afrin, 4-way, Dristan)
- S N Goteo posnasal
- S N Necesidad de desperjar la garganta seguido
- S N Voz ronca
- S N Dolor de garganta

Sí No Cardiovascular

- S N Dolor o presión en el pecho
- S N Palpitaciones
- S N Latido de corazón rápido

Sí No Respiratory

- S N Tos
- S N Producción de esputo
- S N Tos con sangre
- S N Problemas para respirar cuando hace esfuerzo
- S N Dificultades para respirar acostado
- S N Despertarse durante la noche con problemas par respirar
- S N Respiración sibilante
- S N Opresión en el pecho

Sí No Gastrointestinal

- S N Náuseas o vómito
- S N Dificultad para tragar
- S N Dolor al tragar
- S N Reflujo ácido
- S N Acidez estomacal
- S N Sensación de distensión
- S N Eructos excesivos
- S N Flatulencia excesiva

¿Ha experimentado cualquiera de estos síntomas en último mes?

Sí No Musculoesquelético

S N Dolor muscular

¿Dónde? _____

S N Calambres en las piernas en la noche

S N Dolro en las articulaciones

¿Dónde? _____

S N Rigidez en las articulaciones

¿Dónde? _____

Sí No Piel

S N Sarpullido en la piel actualmente

S N Comezón frecuente

S N Cáncer de la piel actualmente

S N Otro problema de la piel

Explique: _____

Sí No Neurológico

S N Dolores de cabeza frecuentes

S N Convulsión reciente

S N Derrame cerebral reciente

S N Dificultad para caminar

S N Dificultad para hablar

S N Pérdida de memoria

S N Temblor de manos

S N Sensación que está girando el cuarto

Sí No Psicológico

S N Depresión

S N Ansiedad/nerviosismo

S N Alucinaciones

S N Pensamientos paranoicos

S N Claustrofobia

Sí No Endocrino

S N Poca tolerancia al frío

S N Poca tolerancia al calor

S N Sed extrema

S N Pérdida de interés en el sexo

S N Función sexual débil

Sí No Hemo y linfático

S N Anemia (células rojas bajas)

S N Deficiencia de hierro

S N Glándulas inflamadas

¿Dónde? _____

S N Sangra fácilmente

S N Tendencia a moretones

Sí No Alergia e inmunológico

S N Deficiencia inmunológica

Explique: _____

S N Trastorno autoinmune

Explique: _____

Sí No Sistema genitourinario

S N Orina con dificultad y lentamente

S N ¿Orina en la noche?

¿Qué tan seguido? _____

S N Poca control de la vejiga

Sí No Women only

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

¿Cuántos abortos espontáneos ha tenido? _____

¿Sigue menstruando? _____

¿A qué edad tuvo la menopausia?

S N ¿Tiene usualmente sangrado profuso o fuerte?

S N Histerectomía

¿A qué edad tuvo la histerectomía? _____