

Historia de sueño de paciente adulto

Adult Sleep History

Nombre del paciente (Patient Name): _____ **Nombre preferido** (Preferred Name): _____

Fecha de nacimiento (Date of Birth): _____ **Fecha de la cita** (Date of Appointment): _____

Fecha en que se completó este formulario (Date this form completed): _____

Dirección (Address): _____

Teléfono de casa (Home Phone): _____ **Teléfono celular** (Cell Phone): _____ **Otro teléfono** (Other Phone): _____

Nombre y dirección del proveedor que remite (Referring Provider Name and Address): _____

Nombre y dirección del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider Name and Address): _____

Persona que completó el formulario (Person Completing this form): _____

Relación con el paciente (Relationship to patient): _____

Describe sus preocupaciones sobre su sueño (Describe your concerns about your sleep): _____

¿Se hizo un estudio del sueño antes? _____ **SÍ** (Yes) _____ **NO** (No)

(Have you had a sleep study before?)

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde y hace cuánto? _____

(If so, **where** and **when**?)

Tiene o usa en la noche (Do you have or use at night):

Oxígeno - litros por minuto: _____

(Oxygen- Liters per minute)

¿24/7?

¿Solo para usar en la noche? (Night use only?)

Proveedor que receta (Prescriber): _____

CPAP

BiPAP

ASV/Otro (ASV/Other)

Protector dental (Bite guard)

Compañía de equipos médicos duraderos (DME): _____

(Durable Medical Company (DME))

MRN Sticker (with BARCODE)

Responda estas preguntas para ayudarnos a entender sus problemas de sueño. Si es posible, pida ayuda a alguien que lo haya visto dormir (cónyuge, persona con la que duerme, amigo, familiar) para responder estas preguntas:

(Please answer these questions to help us understand your sleep problems. If possible, get help from someone who has seen you sleep (spouse, bed partner, friend, family) to answer these questions)

RUTINA DEL SUEÑO/DESPERTAR (Sleep/wake routine)

<p>Días laborables (Workdays): Hora de dormir: _____ <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> a. m. (Bedtime) (PM) (AM) Hora de levantarse: _____ <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. (Wake time) (PM) (AM) ¿Se despierta descansado? (Do you wake up feeling rested?) <input type="checkbox"/> SÍ (Yes) <input type="checkbox"/> NO (No) ¿Trabaja por turnos? (Shift work?) <input type="checkbox"/> SÍ (Yes) <input type="checkbox"/> NO (No)</p>	<p>Días libres (Days Off): Hora de dormir: _____ <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> a. m. (Bedtime) (PM) (AM) Hora de levantarse: _____ <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. (Wake time) (PM) (AM) ¿Se despierta descansado? (Do you wake up feeling rested?) <input type="checkbox"/> SÍ (Yes) <input type="checkbox"/> NO (No)</p>	<p>Siestas (Naps): Cantidad por día: _____ (Number per day) ¿En qué momento del día y por cuánto tiempo? (What time of day and how long) _____ ¿Se despierta descansado? (Do you wake up feeling rested?) <input type="checkbox"/> SÍ (Yes) <input type="checkbox"/> NO (No)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Cuánto tiempo tarda en dormirse? (How long does it take you to fall asleep?) _____ minutos (Minutes) horas (Hours)

¿Cuántas veces se despierta en la noche? (How many times do you wake up at night?) _____

¿Qué lo despierta? (What wakes you up?) _____

¿Cuánto tiempo tarda en volver a dormirse? (How long does it take you to fall back to sleep?) _____ minutos (Minutes) horas (Hours)

¿Cuántas horas duerme en promedio? (How many hours do you sleep on average?) _____ horas (Hours).

¿Cuál es su posición preferida para dormir? (What is Your Preferred Sleep Position)

De lado (Side) Boca arriba (Back) Boca abajo (Stomach)

En las 4 horas antes de ir a dormir, consume (Within 4 hours of bedtime do you use):

Cafeína (Caffeine) Nicotina (Nicotine) Alcohol Marihuana (Marijuana) Drogas recreativas (Recreational Drugs) Ninguno (None)

Otras sustancias (Other substances): _____

¿Qué tipo de cafeína consume diariamente? (What type of caffeine do you use daily?):

Ninguno (None) Café (Coffee) Bebidas energéticas (Energy Drinks) Soda Té (Tea) Otro (Other): _____

¿Horarios y cantidad de cafeína que consume diariamente? (Timing and amount of caffeine use daily?): _____



ENTORNO DE SUEÑO ESCRIBA UNA "X" AL LADO DE LAS AFIRMACIONES QUE CORRESPONDAN:

(Sleep environment: Please mark an "X" next to the statements that apply):

- Mi habitación es silenciosa cuando duermo.
(My bedroom is quiet when I sleep.)
- Mi habitación está a oscuras cuando duermo.
(My bedroom is dark when I sleep.)
- Mi habitación tiene una temperatura agradable.
(My bedroom is a comfortable temperature.)
- Mi colchón es cómodo.
(My mattress is comfortable.)
- Me siento seguro en mi habitación.
(I feel secure in my bedroom.)
- Mi mascota generalmente duerme en mi cama.
(My pet usually sleeps on my bed.)
- Generalmente leo en la cama.
(I usually read in bed.)
- Generalmente escucho música o la radio en la cama.
(I usually listen to music or radio in bed.)
- Generalmente veo televisión en la cama.
(I usually watch television (TV) in bed.)
- Uso una computadora/pantalla/teléfonos en la cama.
(I use a computer/screen/phone in bed.)
- Comparto la cama con alguien.
(I share a bed with someone.)
- La persona con la que duermo ronca.
(My bed partner snores.)
- La persona con la que duermo tiene un trastorno del sueño.
(My bed partner has a sleep disorder.)
¿Qué trastorno? (What disorder): _____
- Duermo mal en mi habitación en casa.
(I sleep worse in my bedroom at home.)
- Duermo mal fuera de mi habitación en casa.
(I sleep worse outside of my bedroom at home.)
- Duermo mal cuando no duermo en casa.
(I sleep worse when not sleeping at home.)
- Miro la hora con frecuencia cuando tengo problemas para dormir.
(I frequently check the time when I have trouble sleeping.)
- Necesito un reloj con alarma para despertarme.
(I need an alarm clock to wake up.)

SUS SÍNTOMAS DURANTE EL SUEÑO (ESCRIBA UNA "X" AL LADO DE LAS AFIRMACIONES QUE

CORRESPONDAN:) (Your symptoms during sleep (Please mark an "X" next to the statements that apply))

- Ronquidos.
(Snoring)
- Me despierto respirando con dificultad o ahogándome.
(Waking gasping for breath or choking)
- Dejo de respirar o mantengo la respiración mientras duermo.
(Stop breathing or hold your breath while sleeping)
- Sudor en exceso mientras duermo.
(Sweating excessively while sleeping)
- Mojo la cama cuando duermo.
(Wet the bed while asleep)
- Me levanto para orinar o ir al baño ____ veces por noche.
(Get up to urinate/use the bathroom ____ times per night)
- No puedo dormir boca arriba.
(Unable to sleep on back)
- Siento que me falta el aire cuando estoy acostado.
(Feeling short of breath when lying down)
- Me despierto con reflujo de ácido.
(Waking with acid reflux)
- Me despierto con dolor de garganta.
(Waking with a sore throat)
- Me despierto con latidos cardíacos rápidos
- Rodillas débiles o caída de la mandíbula con risa o emociones fuertes
(Weak knees or sagging of the jaw with laughter or strong emotions)
- Tengo sueño inquieto.
(Restless sleep)
- No puedo tener las piernas quietas antes de quedarme dormido.
(Unable to keep legs still prior to falling asleep)
- No puedo dejar de mover las piernas cuando estoy acostado.
(Irresistible urge to move legs when lying down)
 - El impulso es peor a la noche.
(The urge is worse at night)
 - El impulso se alivia con movimientos, como levantarme y caminar.
(The urge is relieved by movement such as getting up and walking around)
- A menudo tengo dificultades para dormir porque siento tristeza o depresión.
(Often have difficulty falling asleep due to sadness or depression)
- A menudo tengo dificultades para dormir porque siento ansiedad o miedo.
(Often have difficulty falling asleep due to feeling anxious or afraid)
- A menudo tengo dificultades para dormir porque tengo pensamientos acelerados.

- o intermitentes.
(Waking with your heart racing or skipping beats)
- A menudo me despierto con dolor de cabeza.
(Often waking with a headache)
- A menudo me despierto con náuseas o con ganas de vomitar.
(Often waking with nausea or wanting to vomit)
- A menudo me despierto con la boca seca.
(Often waking with dry mouth)
- A menudo tengo problemas para dormirme por falta de aire o tos.
(Often have trouble falling asleep due to shortness of breath or coughing)
- Me despierto confundido o desorientado.
(Waking confused and disoriented)
- Rechino los dientes cuando duermo.
(Grinding teeth while asleep)
- Tengo experiencias de sueños realistas cuando me despierto o me duermo.
(Vivid dreamlike experiences when waking or falling asleep)
- Camino dormido con frecuencia.
(Frequent sleep walking)
- Hablo dormido con frecuencia.
(Frequent sleep talking)
- Me siento paralizado o incapaz de moverme por un período corto cuando me despierto o me duermo.
(Feeling paralyzed or unable to move for a short period when waking or falling asleep)
- “Actúo” mis sueños.
(I “act out” my dreams)
- Tengo pesadillas con frecuencia.
(Frequent nightmares)

- (Often have difficulty falling asleep due to racing thoughts)
- A menudo tengo dificultades para dormirme porque siento dolor.
(Often have difficulty falling asleep due to pain)
- Tengo problemas con mis relaciones o interacciones sociales por la somnolencia.
(Problems with relationships or social interactions because of sleepiness)
- Tengo problemas en el trabajo o en la escuela por la somnolencia.
(Problems with work or school because of sleepiness)
- Tengo problemas de concentración y de memoria por la somnolencia.
(Problems with concentration and memory because of sleepiness)
- Tengo problemas de caída por la somnolencia.
(Problems with falling down because of sleepiness)
- Siento depresión.
(I feel depressed)
- Siento ansiedad o nerviosismo.
(I feel anxious or nervous)
- Tengo disfunción eréctil.
(I have erectile dysfunction)
- Tengo dificultades para controlarme la presión.
(I have difficulty controlling my blood pressure)
- Tengo dificultades para controlarme la diabetes o el nivel de azúcar en la sangre.
(I have difficulty controlling my diabetes/blood sugar)
- Tengo hinchazón en la parte inferior de las piernas o los pies.
(I have swelling in my lower legs or feet)

HISTORIA DE SUEÑO DE LA FAMILIA (ESCRIBA UNA “X” AL LADO DE LAS CONDICIONES QUE SUS

FAMILIARES CONSANGUÍNEOS TIENEN O TUVIERON

(Family sleep history (Mark an “X” next any of the below that blood relatives have or had))

	Padre (Father)	Madre (Mother)	Hermano (Brother)	Hermana (Sister)	Abuelo materno (Maternal Grandfather)	Abuela materna (Maternal Grandmother)	Abuelo paterno (Paternal Grandfather)	Abuela paterna (Paternal Grandmother)	Hijos (Children)	Ninguno (None)
Exceso de somnolencia (Excessive Sleepiness)										
Insomnio (Insomnia)										
Piernas inquietas (Restless Legs)										
Apnea del sueño (Sleep Apnea)										
Sonambulismo o terrores nocturnos (Sleep Walking/Night Terrors)										
Ronquidos (Snoring)										
Muerte súbita del lactante (Sudden Infant Death)										

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH (Epworth Sleepiness Scale)

Estas preguntas tratan sobre la probabilidad de que usted DORMITE en ciertas situaciones. Con “dormitar” nos referimos a quedarse dormido, no solo a sentirse cansado o fatigado.

(These questions ask how likely you are to DOZE OFF in certain situations. By dozing off we mean falling asleep, not just feeling tired or fatigued.)

Esto se refiere a qué tan somnoliento se sintió **en las últimas 2 SEMANAS**. Si no tuvo nada de esto recientemente, intente IMAGINAR qué tan somnoliento se sentiría en estas situaciones. Usando la siguiente escala, escriba una “X” al lado del número más adecuado para cada situación:

(This refers to how sleepy you felt **within the last 2 WEEKS**. If you have not had these things recently, try to IMAGINE how sleepy you would feel in these situations. Use the following scale to mark and “X” next to the most appropriate number in each situation:)

0 = NUNCA dormiría (I would NEVER doze off)

1 = Es POCO PROBABLE que dormite (aproximadamente el 10 % de las veces)

(I would have a SMALL CHANCE of dozing off (about 10% of the time))

2 = Es PROBABLE que dormite (aproximadamente la mitad de las veces).

(I would have a MEDIUM CHANCE of dozing off (about half of the time))

3 = Es MUY PROBABLE que dormite (casi todas las veces). (I would have a HIGH CHANCE of dozing off (almost every time))

Probabilidad de dormitar (Chance of Dozing)

0 1 2 3 Sentado y leyendo.

(Sitting and reading)

0 1 2 3 Viendo televisión.

(Watching TV)

0 1 2 3 Sentado de forma inactiva en un lugar público (como en un teatro, en una reunión, en clase o en la iglesia).

(Sitting, inactive in a public place (such as in a theater, meeting, classroom, or church))

0 1 2 3 Como pasajero de un auto durante una hora sin ningún descanso.

(As a passenger in a car for an hour without a break)

0 1 2 3 Recostado para descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten.

(Lying down for a rest in the afternoon when circumstances permit)

0 1 2 3 Sentado y hablando con alguien. (Sitting and talking to someone)

0 1 2 3 Sentado en silencio después de un almuerzo sin alcohol.

(Sitting quietly after a lunch without alcohol)

0 1 2 3 En un auto, mientras está detenido unos minutos en el tráfico (cuando conduce).

(In a car, while stopped for a few minutes in traffic (while at the wheel))

CUESTIONARIO DEL IMPACTO FUNCIONAL DEL SUEÑO (Marque con una “X” lo que corresponda):

(Functional Outcomes of sleep questionnaire (Please mark "X" as appropriate))

	No hago esta actividad por otros motivos ⁰ (I don't do this activity for other reasons ⁰)	No tengo dificultad ⁴ (No difficulty ⁴)	Sí, tengo un poco de dificultad ³ (Yes, a little difficulty ³)	Sí, tengo dificultad moderada ² (Yes, moderate difficulty ²)	Sí, tengo mucha dificultad ¹ (Yes, extreme difficulty ¹)
¿Tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace porque siente somnolencia o cansancio? (Do you have difficulty concentrating on the things you do because you are sleepy or tired?)					
En general, ¿tiene dificultad para recordar cosas porque siente somnolencia o cansancio? (Do you generally have difficulty remembering things, because you are sleepy or tired?)					

<p>¿Tiene dificultad para usar un automóvil por distancias CORTAS (menos de 100 millas) porque comienza a sentir somnolencia o cansancio? (Do you have difficulty operating a motor vehicle for SHORT distances (less than 100 miles) because you become sleepy or tired?)</p>					
<p>¿Tiene dificultad para usar un automóvil por distancias LARGAS (más de 100 millas) porque comienza a sentir somnolencia o cansancio? (Do you have difficulty operating a motor vehicle for LONG distances (greater than 100 miles) because you become sleepy or tired?)</p>					
<p>¿Tiene dificultad para visitar a su familia o amigos en sus casas porque comienza a sentir somnolencia o cansancio? (Do you have difficulty visiting with family, friends in their home because you become sleepy or tired?)</p>					
<p>¿Se ha visto afectada su relación con la familia, amigos o colegas de trabajo porque comienza a sentir somnolencia o cansancio? (Has your relationship with family, friends or work colleagues been affected because you become sleepy or tired?)</p>					
<p>¿Tiene dificultad para mirar una película o videos porque comienza a sentir somnolencia o cansancio? (Do you have difficulty watching a movie or videotape because you become sleepy or tired?)</p>					
<p>¿Tiene dificultad para estar activo como desea en la NOCHE porque siente somnolencia o cansancio? (Do you have difficulty being as active as you want to be in the EVENING because you are sleepy or tired?)</p>					
<p>¿Tiene dificultad para estar activo como desea en la MAÑANA porque siente somnolencia o cansancio? (Do you have difficulty being as active as you want to be in the MORNING because you are sleepy or tired?)</p>					
<p>¿Se ha visto afectado su deseo sexual o de intimidad porque siente somnolencia o cansancio? (Has your desire for intimacy or sex been affected because you are sleepy or tired?)</p>					

LISTA DE MEDICAMENTOS (Medication list)

Indique los medicamentos recetados, los medicamentos de venta libre y los suplementos **ACTUALES, incluyendo todo lo que toma para dormir o mantenerse despierto.**

(Please include CURRENT prescribed medications, over-the-counter medications and supplements, including anything you take to help you sleep or help you stay awake.)

Nombre del medicamento <small>(Name of Medication)</small>	Concentración <small>(Strength)</small>	Frecuencia <small>(How Often)</small>	Nombre del medicamento <small>(Name of Medication)</small>	Concentración <small>(Strength)</small>	Frecuencia <small>(How Often)</small>
<i>Por ejemplo: Vitamina D3</i> <i>(Example: Vitamin D3)</i>	<i>5000 unidades</i> <i>(5000 units)</i>	<i>Una vez por día</i> <i>(Once per day)</i>			

MRN Sticker

HISTORIA MÉDICA (PAST MEDICAL HISTORY)

TIENE AHORA o ALGUNA VEZ ha TENIDO (ESCRIBA UNA "X" AL LADO DE TODO LO QUE CORRESPONDA):

(Do you HAVE NOW, or have you EVER HAD (PLEASE MARK AN "X" NEXT TO ALL THAT APPLY))

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reflujo de ácido (GERD)
<small>(Acid reflux (GERD))</small> | <input type="checkbox"/> Drogadicción
<small>(Drug abuse)</small> | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo
<small>(Hyperthyroidism)</small> |
| <input type="checkbox"/> Alergias
<small>(Allergies)</small> | <input type="checkbox"/> Enfisema o EPOC
<small>(Emphysema / COPD)</small> | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo
<small>(Hypothyroidism)</small> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer
<small>(Alzheimer's Disease)</small> | <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil
<small>(Erectile dysfunction)</small> | <input type="checkbox"/> Lesión en la nariz
<small>(Injury to nose)</small> |
| <input type="checkbox"/> Anemia
<small>(Anemia)</small> | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas excesivo
<small>(Excessive drug use)</small> | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones
<small>(Kidney disease)</small> |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho
<small>(Angina)</small> | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol excesivo
<small>(Excessive alcohol use)</small> | <input type="checkbox"/> Operación de los pulmones
<small>(Lung surgery)</small> |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad
<small>(Anxiety)</small> | <input type="checkbox"/> Fibromialgia
<small>(Fibromyalgia)</small> | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales
<small>(Mental illness)</small> |
| <input type="checkbox"/> Artritis
<small>(Arthritis)</small> | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza
<small>(Head injury)</small> | <input type="checkbox"/> Obesidad
<small>(Obesity)</small> |
| <input type="checkbox"/> Asma
<small>(Asthma)</small> | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón
<small>(Heart attack)</small> | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<small>(Parkinson's Disease)</small> |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral
<small>(Brain injury)</small> | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca
<small>(Heart failure)</small> | <input type="checkbox"/> Neumonía
<small>(Pneumonia)</small> |
| <input type="checkbox"/> Cáncer
<small>(Cancer)</small> | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco
<small>(Heart murmur)</small> | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<small>(Schizophrenia)</small> |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico
<small>(Chronic pain)</small> | <input type="checkbox"/> Operación del corazón
<small>(Heart surgery)</small> | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia
<small>(Seizures / Epilepsy)</small> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias
<small>(Coronary artery disease)</small> | <input type="checkbox"/> Hepatitis
<small>(Hepatitis)</small> | <input type="checkbox"/> Problemas de senos paranasales
<small>(Sinus problems)</small> |
| <input type="checkbox"/> Dentadura postiza
<small>(Dentures)</small> | <input type="checkbox"/> Presión alta
<small>(High blood pressure)</small> | <input type="checkbox"/> Apoplejía
<small>(Stroke)</small> |
| <input type="checkbox"/> Depresión
<small>(Depression)</small> | <input type="checkbox"/> Colesterol alto
<small>(High cholesterol)</small> | <input type="checkbox"/> Amigdalitis
<small>(Tonsillitis)</small> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes
<small>(Diabetes)</small> | <input type="checkbox"/> VIH
<small>(HIV)</small> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis
<small>(Tuberculosis)</small> |

Indique CUALQUIER OTRO PROBLEMA MÉDICO que no se haya mencionado arriba (Please list ANY OTHER MEDICAL PROBLEMS not mentioned above): _____

HISTORIA DE OPERACIONES (Surgical history)

OPERACIONES: Indique los tipos de operaciones y las fechas aproximadas aquí:

(Operations: Please list surgery types and approximate dates here:)

Fecha aproximada <small>(Approximate Date)</small>	Tipo de operación <small>(Type of Surgery)</small>
<i>Ejemplo: 1/12/2020</i> <small>(Example: 1/12/2020)</small>	<i>Por ejemplo: Operación de vesícula</i> <small>(Example: gall bladder surgery)</small>



HISTORIA DE LA FAMILIA (ESCRIBA UNA "X" AL LADO DE LAS CONDICIONES QUE SUS FAMILIARES

CONSANGUÍNEOS TIENEN O TUVIERON)(Family history (Please mark an "X" next any of the below that blood relatives have or had))

	Padre (Father)	Madre (Mother)	Hermano (Brother)	Hermana (Sister)	Abuelo materno (Maternal Grandfather)	Abuela materna (Maternal Grandmother)	Abuelo paterno (Paternal Grandfather)	Abuela paterna (Paternal Grandmother)	Hijos (Children)	Ninguno (None)
Alzheimer (Alzheimer's)										
Artritis (Arthritis)										
Asma (Asthma)										
Enfermedades autoinmunes (Autoimmune Disease)										
Defectos de nacimiento (Birth Defects)										
Trastornos de la sangre (Blood Disorder)										
Trastorno de coagulación (Clotting Disorder)										
Discapacidad del desarrollo (Developmental Disability)										
Diabetes (Diabetes)										
Alergias ambientales o estacionales, o eccemas (Environmental-Seasonal Allergies/Eczema)										
Alcoholismo o drogadicción (ETOH/Drug Abuse)										
Enfermedad de la vesícula (Gallbladder Disease)										
Enfermedad gastrointestinal (GI Disease)										
Glaucoma (Glaucoma)										
Gota (Gout)										
Dolores de cabeza (Headaches)										
Enfermedad del corazón (Heart Disease)										
Hepatitis (Hepatitis)										
Colesterol alto (High Cholesterol)										
VIH o SIDA (HIV/AIDS)										
Hipertensión (Hypertension)										
Inmunodeficiencia (Immune Deficiency)										
Enfermedad del hígado (Liver Disease)										
Enfermedad de los pulmones (Lung Disease)										
Enfermedad mental (Mental Illness)										
Trastorno musculoesquelético (Muscular/Skeletal Disorders)										
Enfermedad del páncreas (Pancreas Disease)										
Insuficiencia renal (Renal Disease)										
Convulsiones (Seizures)										
Apoplejía (Stroke)										
TB										
Enfermedades de la tiroides (Thyroid Disease)										
Cáncer de mama (Breast Cancer)										
Cáncer de colon (Colon Cancer)										
Cáncer de ovario (Ovarian Cancer)										
Cáncer de próstata (Prostate Cancer)										
Cáncer de piel (Skin Cancer)										
Cáncer de útero o de cuello uterino (Uterine or Cervical Cancer)										
Todos negativos (All negative)										
Historia desconocida (History Unknown)										

EMPLEO (Employment)

- Tiempo completo (Full-time)
- Tiempo parcial (Part-time)
- Jubilado (Retired)
- Estudiante (Student)
- Desempleado (Unemployed)
- Otro: (Other)

NIVEL DE ACTIVIDAD (Physical Activity level)

- Trabajo de escritorio o sedentario (Minimal)
- Trabajo físico ocasional (Occasional)
- Trabajo físico moderado (Moderate)
- Trabajo físico intenso (Heavy)
- Trabajo peligroso (Hazardous)

EDUCACIÓN (Education)

- High school incomplete (High School w/o degree)
- Título de high school o GED (HS Degree / GED)
- College incomplete (Some College)
- Título universitario (College Degree)
- Título de posgrado (Post Graduate Degree)

EJERCICIO (Exercise)

FRECUENCIA (Frequency)

- Rara vez (Rarely)
- 1 o 2 veces por semana
(1-2 times / week)
- 3 o 4 veces por semana
(3-4 times / week)
- 5 o 6 veces por semana
(5-6 times / week)
- Diariamente
(Daily)

CONDICIÓN (Condition)

- Mala (Poor)
- Regular (Fair)
- Buena (Good)
- Excelente (Excellent)

TIPO (Type)

- Caminar (Walking)
- Correr (Running)
- Yoga (Yoga)
- Deportes (Sports)
- Otro: (Other)

ENTORNO DE LA CASA

(Home environment)

¿Con quién vive? (Do You Live)

- Solo (Alone)
- Pareja (Significant Other)
- Cónyuge (Spouse)
- Hijos adultos (Adult child)
- Los dos padres (Both parents)
- Un solo padre (Single Parent)
- Hermanos (Siblings)
- Otro: (Other)

¿Dónde vive? (Where do you live)

- En una casa, de forma independiente (Home / independent)
- En una casa, con ayuda (Home / assistance)
- En un centro para adultos mayores (Nursing Facility)
- Hospicio (Hospice)
- Sin casa o en un albergue (Homeless / Shelter)
- Otro: (Other)

Usa (Do you use):

- Respirador (Ventilator)
- CPAP
- BiPAP
- Andador o bastón (Walker / Cane)
- Oxígeno (Oxygen)

HISTORIA DE CONSUMO TABACO (Tobacco history)

- Nunca (Never)
- Sí, fumo todos los días (Yes, every day smoker)
- Sí, fumo en ocasiones (Yes sometimes smoker)
- Estoy expuesto al humo de segunda mano (Secondhand smoke exposure)
- Era fumador (Former smoker)
- Uso parches, goma de mascar o píldoras de nicotina (Use nicotine patch, gum, lozenge)
- Uso cigarrillos electrónicos o vaporizadores (Use e-cig or vape)
- Me niego a responder (Declines to answer)
- Desconocida (Unknown)

Cuántos por día: _____
(How many / day:)

Cuántos años: _____
(How many years:)

CONSUMO DE ALCOHOL

(Alcohol use)

- Nunca (Never)
- Actual (Current)
- En el pasado (Past)
- Otro (Other)

Tipo (Type)

- Cerveza (Beer)
- Vino (Wine)
- Licor (Liquor)
- Otro (Other)

Cuánto: _____
(How much:)

Con qué frecuencia: _____
(How often:)

CONSUMO DE SUSTANCIAS

- Nunca (Never)
- Actual (Current)
- En el pasado (Past)
- Otro (Other)
- Historia de consumo de drogas vía intravenosa (IV Drug Use History)

Tipo: _____
(Type)

CUESTIONARIO AUDIT-C (AUDIT-C QUESTIONNAIRE)

PREGUNTAS (QUESTIONS)					
¿Con qué frecuencia toma tragos que contienen alcohol? (How often do you have a drink containing alcohol?)	Nunca (Never)	Una vez por mes o menos (Monthly or less)	2 a 4 veces por mes (2 to 4 times a month)	2 a 3 veces por semana (2 to 3 times a week)	4 veces por semana o más (4 or more times a week)
¿Cuántos tragos que contienen alcohol toma en un día típico cuando está bebiendo? (How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?)	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más (10 or more)
¿Con qué frecuencia toma más de 5 o más tragos en una ocasión? (How often do you have more than 5 or more drinks on one occasion?)	Nunca (Never)	Menos de una vez por mes (Less than monthly)	Una vez por mes (Monthly)	Una vez por semana (Weekly)	Todos los días o casi todos los días (Daily or almost daily)

REVISIÓN DE SISTEMAS (Review of systems)

ESCRIBA UNA "X" AL LADO DE LOS SÍNTOMAS QUE TUVO EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

(PLEASE MARK AN "X" NEXT TO THE SYMPTOMS THAT HAVE OCCURRED OVER THE LAST 2 WEEKS:)

General: (General)

- Sudor durante el sueño
(Sweating during sleep)
- Fiebre
(Fever)
- Escalofríos
(Chills)

Sistema neurológico: (Neurology)

- Dolores de cabeza
(Headaches)
- Mareo
(Dizziness)
- Desmayo
(Fainting)

Ojos: (Eyes)

- Visión doble
(Double vision)
- Visión borrosa
(Blurred vision)
- Irritación o malestar en los ojos
(Eye irritation/discomfort)

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA: (ENT)

- Dolor de oído
(Ear pain)
- Sangrado de nariz
(Nose bleeds)
- Obstrucción o congestión nasal
(Stuffy or congested nose)
- Dificultad para tragar
(Difficulty swallowing)
- Dolor de garganta
(Sore throat)

Cuello: (Neck)

- Dolor o rigidez en el cuello
(Neck stiffness/pain)

Pulmones: (Lungs)

- Sibilancia
(Wheezing)
- Falta de aire en reposo
(Shortness of breath at rest)
- Falta de aire en actividad
(Shortness of breath with activity)
- Tos con sangre
(Coughing up blood)
- Tos en la noche
(Nighttime cough)

Corazón: (Heart)

- Dolor de pecho
(Chest pain)
- Opresión o presión en el pecho
(Chest tightness/pressure)
- Latidos cardíacos intermitentes
(Skipped heartbeats)
- Palpitaciones
(Palpitations)
- Edema en miembros inferiores
(Lower extremity edema)

Aparato digestivo: (Gastrointestinal)

- Reflujo de ácido o acidez
(Acid reflux/heartburn)
- Náuseas
(Nausea)
- Vómitos
(Vomiting)
- Cambios en el hábito intestinal
(Change in bowel habits)
- Sangre en las heces o heces negras
(Blood in stool or black stool)

Sistema genitourinario: (Genitourinary)

- Orina frecuente en la noche
(Frequent nighttime urination)
- Incontinencia
(Incontinence)

Sistema musculoesquelético:

(Musculoskeletal)

- Dolor de espalda
(Back pain)
- Dolor en las articulaciones
(Joint pain)
- Pérdida de coordinación
(Loss of coordination)

Sangre y sistema inmunitario:

(Immunology/Hematology)

- Sangrado anormal
(Abnormal bleeding)
- Formación de moretones
con facilidad (Easy bruising)
- Infecciones
(Infections)

Piel: (Skin)

- Sarpullido
(Rash)
- Llagas o lesiones en la piel
(Skin sores or lesions)

Sistema emocional: (Emotional)

- Ansiedad
(Anxiety)
- Tiene ataques de pánico
(Panic attacks)
- Tristeza o melancolía
(Sadness / blue mood)
- Depresión
(Depression)

Indique los medicamentos que NO PUEDE TOMAR porque le causan alergia o efectos secundarios (Please list any medication that you CANNOT TAKE because of allergy or side effects): _____

Indique cualquier otra SENSIBILIDAD que tenga (como a los mariscos, la cinta adhesiva o al látex) (Please list any other SENSITIVITIES you have (such as seafood, tape, latex)): _____

¡GRACIAS POR COMPLETAR ESTE FORMULARIO!

(THANK YOU FOR COMPLETING THIS FORM!)