

### Preparación **previa** a las pruebas:

- 1** Lávese el cabello la noche anterior o la mañana misma del estudio del sueño.
- 2** Evite usar productos para el cabello el día del estudio. Si esto no le resulta práctico, lávese el cabello al llegar a la clínica.
- 3** Venga sin maquillaje, de ser posible. Si esto no le resulta práctico, lávese la cara para retirar el maquillaje al llegar a la clínica.
- 4** Para poder realizarse el estudio no debe usar uñas de acrílico ni esmalte de uñas.
- 5** Salvo que use barba, venga bien afeitado. Si usa barba, igual podremos hacer la prueba, pero es muy difícil trabajar cuando la barba es incipiente.
- 6** Las extensiones de cabello y las pelucas deben retirarse. Para hacer la prueba, debemos ser capaces de llegar hasta el cuero cabelludo.

### El día de la prueba...

#### HAGA lo siguiente:

- Cene antes de ir a la cita
- Lleve todos los medicamentos que toma, sus tarjetas del seguro y su identificación o licencia de conducir del estado de Texas
- Siga tomando todos los medicamentos según las indicaciones de su médico
- Lleve todos los medicamentos que debe tomar entre las 7:30 p. m. y las 7:30 a. m.
- Lleve su ropa de dormir (prendas que no sean de seda) y su propia almohada, si lo desea. Busque estar cómodo.

#### NO HAGA lo siguiente:

- No duerma la siesta
- No tome bebidas con cafeína después del mediodía
- No duerma más de las 9:00 a. m. el día de la prueba
- No tome ninguna bebida alcohólica

Las instrucciones anteriores se brindan para evitar toda interferencia con los resultados de la prueba.

**Alojamiento:** habitaciones privadas, algunas de ellas con baño completo y televisión, para su comodidad.

**Salida de la clínica:** lo despertarán a las 6:00 a. m. de la mañana siguiente al estudio. Puede irse en cuanto esté listo para hacerlo. El horario de salida es, como máximo, a las 7:00 a. m.

**Invitados:** son bienvenidos los familiares adultos del paciente, y se los alienta a que estén presentes para la parte educativa del estudio. No recomendamos que los invitados se queden a pasar la noche. No obstante, si usted requiere la ayuda de una persona para su cuidado personal debido a una discapacidad, nos complacerá que dicha persona se quede con usted. Si considera que es necesario que una persona se quede con usted, llame a Apnix Sleep Diagnostics al (713) 349-9767.

**Preguntas importantes:** Llame a nuestra oficina al (713) 349-9767 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Fuera del horario de oficina o durante la noche del estudio, puede llamar directamente al laboratorio principal al (713) 790-1991. Puede dejar un mensaje en el buzón de voz si llama fuera del horario habitual de atención.

### En caso de que necesite reprogramar o cancelar su cita para el estudio:

Si sabe que va a llegar tarde, llame a Apnix Sleep Diagnostics al **(713) 349-9767** para informarnos sobre ello. Fuera del horario de oficina o durante la noche del estudio, puede llamar directamente al laboratorio principal al (713) 790-1991. Puede dejar un mensaje en el buzón de voz si llama fuera del horario habitual de atención.

**Si no se presenta a su cita programada o cancela dentro de las 48 horas de su cita programada, se le cobrará un cargo de \$250.00 por no presentarse.**

## Tarifas de interpretación del estudio del sueño

Estimado(a) \_\_\_\_\_ ,

Gracias por elegir a Apnix para realizarse el estudio del sueño que le solicitó su médico. Además de la parte técnica del estudio (*la prueba en sí misma*), un cargo adicional por la interpretación de los resultados por parte de un médico. Esto se cobra por separado, y el monto lo determina su aseguradora en función de la cobertura de su póliza.

Toda pregunta relacionada con la interpretación de los resultados y los cargos asociados con esta debe dirigirse al médico que realizará dicha interpretación. El nombre del médico aparecerá en la factura y en la explicación de beneficios de su seguro.

Apnix ofrece servicios de facturación para algunos de los médicos que interpretan los resultados; por lo tanto, es posible que vea a Apnix en la lista tanto de cargos técnicos como de interpretación de resultados. Una vez más, es su aseguradora la que determina estas tarifas, y su parte se calcula en función de la cobertura de su póliza.

Esperamos verlo la noche de su cita para comenzar el proceso que llevará a una corrección satisfactoria de su trastorno del sueño. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Facturación de Apnix al **(713) 349-9767** o envíenos un correo electrónico a [billing@apnix.com](mailto:billing@apnix.com).

Atentamente,

*Departamentos de Facturación y Atención al Cliente de Apnix*

## Política financiera de diagnóstico

Su médico le ha recomendado a Apnix como su proveedor porque claramente cree que ofrecemos un nivel superior de habilidad, experiencia y atención para usted.

Como una cortesía para usted que es nuestro paciente, Apnix siempre respetará los beneficios de sus servicios dentro de la red, incluso si no estamos en su red de proveedores. Solamente le cobraremos su porcentaje de coaseguro y/o deducible dentro de la red (*sobre los cargos que facturemos*). Estos cargos pueden ser diferentes a las tarifas establecidas en el contrato de su aseguradora. Toda deducción fuera de la red (*mayor porcentaje de coaseguro/mayor deducible*) será cancelada. Esto significa que no recibirá ninguna penalización financiera por recibir el más alto nivel de habilidad y atención que ofrece Apnix.

**Importante:** Tenga en cuenta que su explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) **no reflejará** este acuerdo. Esto es estrictamente un acuerdo separado entre usted y Apnix. No obstante, independientemente de lo que se indique en la EOB, su copago/deducible será el monto que le cotice y le facture Apnix.

### Definiciones:

**Deducible:** un monto anual que usted debe pagar antes de que su seguro empiece a pagar. Este puede ser independiente de la cobertura de medicamentos recetados y consultas médicas.

**Coaseguro:** el monto de los cargos facturados que usted tiene que pagar. En el caso de equipos médicos y/o estudios de diagnóstico, este monto normalmente difiere del copago de las consultas médicas, y es un porcentaje de los cargos facturados. (*Ejemplo: 10% dentro de la red / 30% fuera de la red*)

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta política, Apnix cuenta con especialistas en facturación que están disponibles para ayudarlo con cualquier duda que pueda tener. Nuestra intención es brindarle la mejor atención disponible a un precio justo y razonable.

Si no se presenta a su cita programada o cancela dentro de las 48 horas de su cita programada, **y se le cobrará un cargo de \$250.00 por no presentarse.**

**He leído y entiendo la política financiera de Apnix con respecto al reembolso por servicios fuera de la red. Asimismo, entiendo que soy responsable de pagar el monto anual de deducible y/o coaseguro correspondiente a mi nivel dentro de la red de los montos facturados de Apnix.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Representante de Apnix: \_\_\_\_\_



La clínica del sueño de Houston

# Forma de registro

(Completar en letra de molde)

<b>USO INTERNO EXCLUSIVO</b>   Recibido por: _____	
Cita: _____	: _____ pm
Lab.: <input type="checkbox"/> Bellaire <input type="checkbox"/> Stafford <input type="checkbox"/> Willowbrook	

¿Quién le ha recomendado nuestros servicios?  Dr.  Familiar/amigo  Plan de  Lugar cerca de su hogar/trabajo  Otro:

## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Proporcione su licencia de conducir o identificación para sacar una copia.

NOMBRE DEL PACIENTE		<input type="checkbox"/> JR	<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Srta.	Estado civil:		Idioma principal:	
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	<input type="checkbox"/> SR	<input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Sta.	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
Fecha de nacimiento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º del Seguro: Social (opcional): - -	Nombre del cónyuge o tutor legal:			Teléfono ( ) -		
Número preferido de contacto: Tel. particular: ( ) -		Tel. celular: ( ) -	Tel. del trabajo: ( ) -	<input type="checkbox"/> desempleado ext.	Correo electrónico (opcional):			
Dirección física:		Ciudad		Estado:		Cód. Postal:		
Dirección postal (si es diferente):		Ciudad		Estado:		Cód. Postal:		
Número de contacto para emergencias:		Relación con el paciente:		Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
				( ) -		( ) -		
Nombre(s) de otras personas u organizaciones involucradas en el cuidado del paciente:								

## PARTE RESPONSABLE (GARANTE) Proporcione su licencia de conducir o identificación para sacar una copia.

Relación con el paciente:	NOMBRE DEL GARANTE			Fecha de nacimiento del garante:	¿Esta persona es paciente de Apnix?
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tel. principal: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular ( ) -	Tel. particular: ( ) -	Tel. celular: ( ) -	Tel. del trabajo: ( ) - ext.	Nombre del empleador:	
Dirección postal (si es diferente):			Ciudad:	Estado:	Cód. Postal:

## INFORMACIÓN DEL SEGURO Proporcione su(s) tarjetas(s) del seguro para sacar una copia.

<b>SEGURO PRIMARIO N.º 1</b>			<i>Tarjeta del seguro no disponible</i> <input type="checkbox"/>		
Relación con el paciente:	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (nombre indicado en la póliza/tarjeta)			Fecha de nacimiento del suscriptor:	¿Esta persona es paciente de Apnix?
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compañía de seguros:	N.º de identificación/póliza	N.º de grupo:	Nombre del empleador:		
Compañía de seguros Teléfono ( ) -	Dirección postal para reclamaciones	Ciudad:	Estado:	Cód. Postal:	
<b>SEGURO SECUNDARIO N.º 2</b>			<i>Tarjeta del seguro no disponible</i> <input type="checkbox"/>		
Relación con el paciente:	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (nombre indicado en la póliza/tarjeta)			Fecha de nacimiento del suscriptor:	¿Esta persona es paciente de Apnix?
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compañía de seguros:	N.º de identificación/póliza	N.º de grupo:	Nombre del empleador:		
Compañía de seguros Teléfono ( ) -	Dirección postal para reclamaciones	Ciudad:	Estado:	Cód. Postal:	
<b>SEGURO TERCIARIO N.º 3</b>			<i>Tarjeta del seguro no disponible</i> <input type="checkbox"/>		
Relación con el paciente:	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (nombre indicado en la póliza/tarjeta)			Fecha de nacimiento del suscriptor:	¿Esta persona es paciente de Apnix?
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compañía de seguros:	N.º de identificación/póliza	N.º de grupo:	Nombre del empleador:		
Compañía de seguros Teléfono ( ) -	Dirección postal para reclamaciones	Ciudad:	Estado:	Cód. Postal:	

La información anterior es veraz a mi leal saber y entender. Autorizo a que mis beneficios del seguro se paguen directamente al proveedor/prestador de servicios. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto pendiente de pago. Asimismo, autorizo al proveedor/prestador de servicios o a la compañía de seguros a divulgar toda información que sea necesaria para procesar mis reclamaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

Oficinas corporativas:  
4003-F Bellaire Blvd. • Houston, Texas 77025  
(713) 349-9767 Fax: (713) 349-9634 • www.apnix.com



La clínica del sueño de Houston

# Condiciones generales para el tratamiento

ESTE ACUERDO, entra en vigor a partir del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y se celebra este día entre \_\_\_\_\_ (“paciente”) y \_\_\_\_\_ (“proveedor”), EN FE DE LO CUAL:

**ACUERDO FINANCIERO:** el que suscribe conviene que, al firmar en calidad de agente o como paciente, como contraprestación por los servicios prestados al paciente, por el presente se obliga de forma individual a pagar la cuenta del proveedor de conformidad con las tarifas y los términos usuales del proveedor. En caso de que la cuenta se envíe a una agencia de cobro, el que suscribe pagará las comisiones y los gastos razonables por la gestión de cobro. Todas las cuentas morosas están sujetas a la aplicación de intereses a la tasa legal.

**ACESIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** como contraprestación por los servicios prestados, por el presente transfiero y cedo al proveedor y/o al médico indicado todos los derechos, títulos e intereses respecto de todo pago que se me adeude por los servicios descritos tal como se establece en la póliza o las pólizas de seguro indicadas. Asimismo, cedo a mi proveedor, a mi médico tratante, al médico consultor, anesthesiólogos, radiólogos, médicos de emergencias, y a los servicios patológicos y de laboratorio profesionales todo derecho respecto al pago que se me adeude por servicios médicos o quirúrgicos en virtud de dichas pólizas. Entiendo que soy financieramente responsable por los servicios médicos mencionados anteriormente. Autorizo al proveedor y/o a los médicos indicados anteriormente a divulgar mi información médica en la medida que sea necesario para la presentación de mis reclamaciones del seguro respecto de este servicio ante cualquier aseguradora o plan hospitalario o de salud.

**PAGOS DE MEDICARE:** (certificación del paciente, autorización para divulgar información y solicitud de pago) certifico que la información que se me proporcionó al solicitar el pago en virtud del Título XVII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a toda persona que posea información médica, o cualquier otra información, sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras toda información necesaria para gestionar una reclamación relacionada con Medicare. Solicito que los pagos de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre.

**AUTORIZACIÓN RESPECTO A OBJETOS DE VALOR:** he sido informado y entiendo que el proveedor no asume responsabilidad alguna por los objetos personales que pueda llevar o guardar en el centro durante mi estancia.

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS:** por el presente autorizo al médico tratante y a la persona que él designe como asistente a administrar el tratamiento y los medicamentos que sean necesarios y a realizar las operaciones o los procedimientos que se consideren terapéuticamente necesarios con base en los hallazgos de mi caso. Asimismo, otorgo mi consentimiento para que se me administre anestesia según sea necesario. Tengo derecho a la evaluación y el manejo del dolor adecuados. El proveedor apoya mi derecho a recibir el más alto nivel de alivio del dolor que se pueda proporcionar de forma realista y segura.

**EXPOSICIÓN ACCIDENTAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD:** ENTIENDO Y RECONOZCO QUE la legislación de Texas establece que en caso de que un trabajador de la salud se exponga a mi sangre o a otros fluidos corporales, el proveedor puede realizar pruebas de mi sangre o de otros fluidos corporales, con o sin mi consentimiento, para determinar la presencia de enfermedades contagiosas, incluidas, de manera enunciativa mas no limitativa, hepatitis, el virus de inmunodeficiencia humana (el agente causal del SIDA) y sífilis. Entiendo que dichas pruebas son necesarias para proteger a las personas encargadas de mi cuidado mientras sea paciente del proveedor y que los resultados de las pruebas que se realicen en tales circunstancias son confidenciales y no formarán parte de mi historia clínica.

**AVISO DE PRIVACIDAD/DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE/VOLUNTAD ANTICIPADA:** se me ha proporcionado información por escrito sobre el Aviso de prácticas de privacidad en virtud de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Asimismo, acuso recibo de una declaración escrita respecto a mis derechos y responsabilidades como paciente, en la que se me indica cómo presentar toda queja que pudiera tener. Se me ha proporcionado información por escrito sobre mi derecho a aceptar o rechazar tratamientos médicos y se me ha informado acerca de mi derecho a redactar un documento de voluntad anticipada.

**AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS Y EL MONITOREO POR VIDEO:** por el presente autorizo al proveedor a monitorear mi tratamiento, según sea necesario, con cámara de video y/o monitor de video, y a grabar la sesión en video para los fines de la observación diagnóstica del tratamiento que haya indicado mi médico. Además, autorizo al proveedor a tomar fotografías fijas del paciente con el fin de exhibirlas en la documentación o los resultados clínicos según sea necesario.

EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE HA LEÍDO LA INFORMACIÓN INDICADA ANTERIORMENTE Y QUE ES EL PACIENTE O LA PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL PACIENTE COMO SU AGENTE GENERAL PARA OTORGAR EL ACUERDO INDICADO ARRIBA Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del agente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

Apellido: _____	Nombre: _____	Inicial del segundo nombre: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	Edad: _____	Estado civil: _____
Estatura: _____	Peso: _____	Talla del cuello: _____	
Ocupación: _____			
Referring Physician: _____			

**La siguiente información nos ayudará a entender mejor su conducta sueño-vigilia. Responda todas las preguntas lo mejor que pueda. En lo posible, complete el cuestionario con la ayuda de alguien que conozca sus hábitos de sueño/vigilia.**

### Sección 1 Queja principal sobre el SUEÑO:

1. ¿Cuál es su queja respecto al sueño? \_\_\_\_\_
2. ¿Desde hace cuánto tiempo que esto es un problema para usted? \_\_\_\_\_
3. ¿Hubo algún evento (aumento de peso, estrés, enfermedad, etc.) que se relacione con la aparición de sus quejas? S N  
Explique: \_\_\_\_\_
4. ¿Se sometió a un estudio del sueño o a una evaluación en el hogar?  Sí  No  
¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
¿Dónde? \_\_\_\_\_
5. ¿Alguna vez se ha sometido a un tratamiento con un dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP/BiPAP)?  Sí  No  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Todavía lo usa?  Sí  No
6. ¿Cuál es el ajuste de presión? \_\_\_\_\_ cm H<sub>2</sub>O
7. ¿Trabaja por turnos?  Sí  No  
¿Son turnos fijos o rotativos?  Fijos  Rotativos  
¿Cuál es su horario de trabajo? \_\_\_\_\_

## Section 2 Antecedentes de trastornos del ciclo sueño/vigilia

¿Qué tan probable es que dormite o se quede dormido en las siguientes situaciones, a diferencia de sólo sentirse cansado? Incluso si no ha realizado algunas de estas actividades últimamente, piense cómo lo hubieran afectado. Use esta escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

0 = nunca dormiría 1 = leve posibilidad de que dormite 2 = moderada posibilidad de que dormite 3 = alta posibilidad de que dormite

Se queda dormido o se siente adormilado:	0=Nunca 1=Ocasionalmente 2=Con frecuencia 3=Siempre
¿Al manejar?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿En el trabajo o la escuela?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Duerme siestas de forma voluntaria?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Tiene episodios de sueño involuntarios durante el día?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Tiene episodios de debilidad muscular o pérdida del control muscular (especialmente al reírse o emocionarse)?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Tiene episodios de sueños que parecen reales al quedarse dormido?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Siente incapacidad para moverse (parálisis) al quedarse dormido?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Cómo calificaría su somnolencia diurna en general?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave

Cuando duerme, ¿hace o le han dicho que hace lo siguiente?	0=Nunca 1=Ocasionalmente 2=Con frecuencia 3=Siempre
¿Ronca? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Contiene la respiración?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Se despierta con sensación de ahogo o falta de aliento?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Se mueve o da vueltas en exceso o está muy inquieto al dormir?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Tiene palpitaciones o dolor en el pecho o el corazón por las noches??	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Se despierta con acidez o reflujo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Camina o habla en sus sueños? <input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Tiene pesadillas?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Rechina los dientes (bruxismo)?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Sacude las piernas o los brazos?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Tiene movimientos o comportamientos agresivos cuando duerme (p. ej., movimientos violentos, patadas, puñetazos, gritos o golpes)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Se despierta con la boca seca?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
¿Se despierta con dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

## Escala de somnolencia de Epworth (Epworth Sleepiness Scale, ESS)

Indicar uno:  Antes de la presión continua en las vías respiratorias (CPAP)  Después de la CPAP

**0** = nunca dormiría    **1** = leve posibilidad de que dormite    **2** = moderada posibilidad de que dormite    **3** = alta posibilidad de que dormite

Situación:	Posibilidad de dormir
Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Mirando televisión	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Sentado e inactivo en un lugar público, por ejemplo un cine o una reunión	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Recostado para descansar por la tarde	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Sentado y hablando con alguien	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Sentado y tranquilo después de almorzar (cuando no haya tomado alcohol)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
En un automóvil, al estar parado en el tráfico	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Puntuación total de la escala de somnolencia de Epworth (ESS): \_\_\_\_\_

## Sección 3 Hábitos de sueño

1. ¿A qué hora se va a la cama?  
Días de semana: \_\_\_\_\_ Fines de semana: \_\_\_\_\_
2. ¿A qué hora se levanta habitualmente?  
Días de semana: \_\_\_\_\_ Fines de semana: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido?
  - a.) ¿Cuántas veces se despierta por la noche? \_\_\_\_\_
  - b.) ¿Cuánto tiempo permanece despierto? \_\_\_\_\_
  - c.) ¿Cuál es el motivo?  Baño  Ruidos  Mascotas  Otro: \_\_\_\_\_
4. Al despertarse por la mañana, ¿se siente descansado?  Sí  No  
Describe cómo se siente:  
 Con mucho sueño  
 Con sueño, pero se despierta pronto  
 Bien despierto, listo para empezar el día
5. ¿Duerme la siesta durante el día?  Sí  No
  - a.) En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
  - b.) ¿Se siente descansado después de dormir la siesta?  Sí  No
6. ¿Tiene problemas para quedarse dormido por las noches?  Sí  No
7. ¿Siente que debe esforzarse para quedarse dormido?  Sí  No
8. ¿Tiene problemas para volverse a dormir después de despertarse?  Sí  No
9. ¿Tiene temor de irse a la cama por miedo a "no dormirse nunca"?  Sí  No
10. ¿Consume bebidas alcohólicas para que lo ayuden a conciliar el sueño?  Sí  No
11. ¿Toma medicamentos (somniaferos recetados o de venta libre) que lo ayudan a dormir?  Sí  No  
En caso afirmativo, indíquelos:  
Somníferos recetados o de venta libre \_\_\_\_\_ Cuántas veces por semana: \_\_\_\_\_  
Somníferos recetados o de venta libre \_\_\_\_\_ Cuántas veces por semana: \_\_\_\_\_  
Somníferos recetados o de venta libre \_\_\_\_\_ Cuántas veces por semana: \_\_\_\_\_
12. ¿Tiene sensación de hormigueo/dolor en las piernas que le provoca deseo de moverse/caminar?  Sí  No
13. ¿Es incapaz de quedarse sentado o quieto al relajarse o estar sentado durante períodos prolongados?  Sí  No
14. ¿Se le sacuden las piernas antes de dormir o mientras duerme?  Sí  No

## Sección 4 Antecedentes médicos/quirúrgicos/psiquiátricos

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (como EPOC)                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/hepatitis            |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales             | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado                                   | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular                            | <input type="checkbox"/> Migraña o dolores de cabeza frecuente    |
| <input type="checkbox"/> Arthritis                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal (úlceras, colitis, etc.) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides           | <input type="checkbox"/> Cáncer (¿de qué?)                                    | <input type="checkbox"/> Demencia (enfermedad de Alzheimer, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Micciones nocturnas frecuentes                       | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria            | <input type="checkbox"/> Problemas con las válvulas cardíacas                 | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda/cuello crónico | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico                                     | <input type="checkbox"/> Neuropatía (problemas nerviosos)         |
| <input type="checkbox"/> TDA o TDAH                      | <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Ansiedad                                 |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar               | <input type="checkbox"/> Nicturia   | <input type="checkbox"/> Bruxismo                                 |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias             |   |   |

Liste **TODOS** los medicamentos/fármacos recetados y de venta libre que esté tomando o que haya tomado recientemente (en los últimos 6 meses):

Nombre	Dosis	Frecuencia	Motivo

Antecedentes médicos o quirúrgicos (incluya todas las hospitalizaciones dentro de los últimos cinco años):

Problema	Fecha de aparición	Tratamiento	Resuelto/actual

- ¿Es alérgico a algún fármaco?  Sí  No      caso afirmativo, indíquelos: \_\_\_\_\_
- ¿Fuma?  Sí  No      afirmativo, ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_
- ¿Bebe alcohol?  Sí  No      afirmativo, ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_
- ¿Toma bebidas con cafeína (café, té, refrescos de cola)?  Sí  No      ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_

## Sección **5** Antecedentes generales

---

1. ¿Ha tenido algún problema de memoria o para concentrarse?

Sí  No *En caso afirmativo, explique:* \_\_\_\_\_

2. ¿Ha notado cambios en su humor o ha tenido un aumento de la irritabilidad últimamente?

Sí  No *En caso afirmativo, explique:* \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene otros problemas como estrés, ansiedad o sentirse presionado?

Sí  No *En caso afirmativo, explique:* \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido depresión o ansiedad últimamente?

Sí  No *En caso afirmativo, explique:* \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene problemas sexuales (impotencia, falta de deseo, eyaculación precoz, etc.)?

Sí  No *En caso afirmativo, explique:* \_\_\_\_\_

6. ¿Viaja con frecuencia entre distintas zonas horarias y esto afecta su patrón para dormir/despertar?

Sí  No *En caso afirmativo, explique:* \_\_\_\_\_

## Estudios del sueño de noche dividida

**Es posible que su médico le haya indicado un estudio del sueño de noche dividida. El propósito de este estudio es cumplir tanto la fase de diagnóstico como la de tratamiento en una sola sesión, evitando así la necesidad de realizar un segundo estudio.**

En Apnix, cuando se indica un estudio de noche dividida, hacemos todo lo posible para completarlo. Desafortunadamente, esto no siempre es posible. Para poder completar la fase de diagnóstico del estudio y pasar a la fase de tratamiento, deben cumplirse varias cosas, a saber:

- 1** Debe pasar una cantidad determinada de tiempo. En la mayoría de los planes de seguro, esto es un mínimo de dos horas. Sin embargo, en algunas pruebas se requiere más tiempo para la fase de diagnóstico.
- 2** Deben producirse una cantidad determinada de apneas, hipopneas y despertares. Estos son distintos tipos de interrupciones de la respiración. Debe presentarse una cantidad mínima de ellos para que el estudio de diagnóstico se considere válido.
- 3** La mayoría de estas interrupciones debe ocurrir durante la fase del sueño REM (etapa en la que se sueña). Estos períodos ocurren aproximadamente cada 45 a 90 minutos. Si la aparición o duración de estos períodos REM no son suficientes, con frecuencia no es posible tomar una decisión diagnóstica y por consiguiente no puede iniciarse la fase de tratamiento.
- 4** Hay que ser muy precavidos. Si el técnico finaliza prematuramente la fase de diagnóstico sin que se haya presentado una cantidad suficiente de los eventos mencionados anteriormente, entonces la prueba no es válida y su aseguradora no pagará más pruebas ni tratamientos. Por este motivo, se les exige a nuestros técnicos que tengan la certeza de que el resultado es positivo antes de comenzar el tratamiento.



Apnix cuenta con la acreditación de la Academia Americana de Medicina del Sueño (American Academy of Sleep Medicine), y somos especialistas en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño desde hace 20 años. Nos sentimos sumamente responsables ante usted y su médico, y le aseguramos que las pruebas y los tratamientos se realizarán de forma ética, honesta y serán adecuados desde el punto de vista clínico. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se tomaron las decisiones con respecto a su caso, puede contactarnos para hablar sobre su estudio.



# Instrucciones para el alta del paciente

Estimado paciente:

**ANTES DE IRSE, REVISE LA HABITACIÓN Y ASEGÚRESE DE NO DEJAR NINGUNA DE SUS PERTENENCIAS. APNIX NO SE RESPONSABILIZA POR LOS ARTÍCULOS QUE DEJE EN EL LABORATORIO DEL SUEÑO.**

Las siguientes instrucciones se proporcionan para ayudarlo a entender el proceso de evaluación de su estudio del sueño y los pasos posteriores que se seguirán.

- 1 Nuestro médico tardará aproximadamente diez (10) días en analizar e interpretar su estudio del sueño.
- 2 Los resultados de su estudio se enviarán al médico que lo derivó y que indicó el estudio del sueño en primer lugar. Si los resultados revelan que usted padece un trastorno del sueño, es posible que su médico le indique un segundo estudio del sueño para determinar opciones de tratamiento o para realizar otra evaluación.
- 3 Después de que haya completado un estudio de titulación de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) o de presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BiPAP), Apnix lo contactará una vez que haya recibido la orden de su médico para configurar la máquina, ya sea en nuestra oficina o en su hogar, para su comodidad.
- 4 Si no recibe noticias de su médico dentro de un plazo de dos semanas, llame al consultorio de su médico para verificar el estado de su estudio o para pedir una consulta de seguimiento.
- 5 Si uno de sus síntomas es somnolencia diurna, no maneje ni utilice maquinaria pesada cuando esté en ese estado. Si lo hace, estará expuesto a un riesgo mayor de sufrir un accidente de vehículos de motor. ¡Maneje con cuidado!

✓ **Conserve una copia de estas instrucciones para futura referencia.**

**¿Tiene algún amigo o familiar que, a su criterio, tal vez tenga un trastorno del sueño?**  
Recomiéndeles Apnix Sleep Diagnostics para que se realicen una evaluación hoy mismo.