



## Cuestionario médico de la carta recordativa

Nombre paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

- Are ¿Usted está viendo a nuevo doctor puesto que su visita pasada? ¿Si es así quién es él?  
\_\_\_\_\_
- ¿Puesto que su visita pasada es usted mejor, peor, o igual? \_\_\_\_\_
- ¿Usted tiene un nuevo problema que no fue discutido en su visita pasada? ¿Si tan cuál es él?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Le han hospitalizado puesto que su visita pasada? \_\_\_\_\_
- Si sus medicaciones han cambiado, la lista cambia.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Hay preguntas que usted quisiera que su abastecedor contestara en esta visita? \_\_\_\_\_ If así pues, lista abajo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- For Para hembras solamente:** Fecha del period \_\_\_\_\_ menstrual pasado  
¿Es usted embarazado? \_\_\_\_\_

### **Patrones del sueño** (Termine por favor en cada visita):

¿Cómo está probablemente usted a dormirar apagado o a caer dormido (sensación no justa cansada) en las situaciones siguientes?

Situación	Never=0	Chance=1 leve	Chance=2 moderado	Chance=3 alto
El sentarse y lectura				
TV que mira				
El sentarse inactivo en un lugar público tiene gusto de un teatro o de satisfacer				
El montar como pasajero en un coche por una hora sin una rotura				
El acostarse al resto por la tarde				
El sentarse y el hablar con alguien				
El sentarse reservado después de almuerzo sin alcohol				
En un coche mientras que está parado por algunos minutos				
<b>Total de columna</b>				

Agregue los totales de columna para Score \_\_\_\_\_ total

- La cantidad media de sueño usted consigue la mayoría del nights \_\_\_\_\_
- Cheque uno: Después de que una noche completa del sueño, usted se sienta Reclinado y restaurado o Cansado excesivamente a través del día.
- ¿ Usted golpea sus pies o piernas con el pie a través de la noche? \_\_\_\_\_
- ¿ Usted sufre de dolores de cabeza de la mañana? \_\_\_\_\_
- ¿ Usted ronca en alta voz? \_\_\_\_\_
- ¿ Usted para el respirar en su sueño? \_\_\_\_\_



**Escala del insomnio** Si usted tiene dificultad /insomnio del sueño, acabe esta sección:

1. ¿Cómo muchas noches a la semana usted tiene caer de los problemas dormido o permanecer dormido? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo desea usted ha tenido este problema? \_\_\_\_\_
3. Clasifique la severidad de los problemas siguientes en la carta abajo:

	Ningún Problems=0	Problem=1 suave	Problem=2 moderado	Problem=3 severo
El caer de los problemas dormido				
Dificultad que permanece awakenings dormidos/frecuentes				
Despertando anterior que usted deseo				
Sleepiness del día				
Función pobre/ deteriorada en el país o trabajo				
Oscilaciones del humor				
Pérdida de la memoria				
Siendo hiperactivo, ansioso, o nervioso durante el día				
<b>Total de columna</b>				

**Agregue los totales de columna para la cuenta total** \_\_\_\_\_

**Para los pacientes del dolor de cabeza solamente:**

1. Es usted que tiene cualquier efecto secundario de ¿su medicación del dolor de cabeza? \_\_\_\_\_  
Si sí, por favor describe \_\_\_\_\_
2. Cuantas veces es el su ocurrir de los dolores de cabeza ¿ahora? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo era su dolor de cabeza pasado? \_\_\_\_\_
4. Cómo es severo era (10 es el peor ¿dolor)? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Usted tomó cualquier medicación para intentar a ¿pare el dolor de cabeza? \_\_\_\_\_
6. Qué le hizo ¿toma? \_\_\_\_\_
7. Hizo la medicación ¿ayuda? \_\_\_\_\_
8. Usted tenía cualquier mal efecto secundario de ¿la medicina? \_\_\_\_\_  
Si sí, describa: \_\_\_\_\_

**Firma paciente** \_\_\_\_\_