



Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos del Sueño
P. 703-729-3420 F. 703-729-3422
www.comprehensivesleepcare.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre del Niño/a: _____ Prefijo / Sufijo: _____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____
 Sexo del niño: M / F Fecha de nacimiento del niño: ____ / ____ / ____ Edad del niño: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Teléfono celular de los padres: _____ - _____ - _____ Número de teléfono de la casa: _____ - _____ - _____
 Dirección de correo electrónico de los padres: _____ Estado civil de los padres: Soltero Casado
 Divorciado Viudo
 Idioma del niño: Inglés Español Indio (Hindi / Tamil) Ruso Otro _____
 Etnia del niño: Caucásico Indio americano Asiático Afroamericano Hispano Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico
 Otro _____
 MÉTODO DE CONTACTO PREFERENCIAL Mensaje de texto Correo electrónico Teléfono celular Teléfono residencial

EMPLEADOR PADRE | INFORMACIÓN DE FARMACIA

Empleador de padres: _____ Número de teléfono del empleador: _____ - _____ - _____
 Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Estado de trabajo de los padres: TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL ESTUDIANTE JUBILADO
 Estado del trabajo del niño: TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL ESTUDIANTE
 Farmacia preferida del niño: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____ - _____ - _____
 Dirección de farmacia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA / GARANTE

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Relación con el paciente: _____ Sex: M / F Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Dirección de casa: _____
 Teléfono móvil #: _____ - _____ - _____

El garante es la parte responsable / facturada (padre o tutor)

CONTACTO CON EL GARANTE (marque al menos uno) Garante Titular de la póliza / Asegurado

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Relación con el paciente: _____ Sexo: M / F Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Dirección de casa: _____
 Teléfono móvil #: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA: IMPORTANTE: PROVEER AMBOS DOCTORES

¿Como supiste de nosotros?

Médico de referencia o de atención primaria (Indique su información a continuación)

Internet Publicidad Compañía de seguros ZocDoc Familia / Amigo Paciente anterior Otro: _____

Médico referente: _____

Médico Primario: _____

Dirección : _____

Dirección : _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono #: _____ - _____ - _____

Teléfono #: _____ - _____ - _____

Fax #: _____ - _____ - _____

Fax #: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE POLÍTICA DE SEGURO

Escriba (marque solo uno) Salud Auto Compensación de Trabajadores Otro: _____

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____

Dirección de reclamaciones: _____ Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Nº de póliza: _____ Número de grupo: _____

Información del titular de la póliza (si es diferente)

Nombre del titular de la póliza: _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular de la póliza Número de teléfono: _____ - _____ - _____

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO

Escriba (marque solo uno) Salud Auto Compensación de Trabajadores Otro: _____

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____

Dirección de reclamaciones: _____ Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Nº de póliza: _____ Número de grupo: _____

Información del titular de la póliza (si es diferente)

Nombre del titular de la póliza: _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular de la póliza Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico y soy financieramente responsable de todos los cargos. Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación y divulgación de mi expediente médico para permitir o facilitar la recopilación, verificación o liquidación de mi cuenta por cualquier cantidad que deba pagarse a mí o a un tercero pagador, organización de mantenimiento de la salud, aseguradora u otro plan de beneficios médicos. . Este consentimiento se aplica a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, prestamistas o cualquier tercero que actúe para LMG, PC o cualquiera de sus afiliados.

Firma del padre / tutor:

____ / ____ / ____
Fecha

Cuestionario del paciente pediátrico

Nombre completo del niño/a		Fecha de nacimiento: ____/____/____	Fecha de hoy: ____/____/____
----------------------------	--	--	---------------------------------

1. ¿Cuál es la altura de su hijo/a? _____

2. ¿Cuál es el peso de su hijo/a? _____

3. Por favor díganos el motivo principal de la visita o prueba que el niño hará con nosotros:

- Ronquidos
 Sueño excesivo durante el día
 Movimientos de piernas cuando duerme
 Dificultad para caer / quedarse dormido
 Mal horario de sueño-vigilia
 Comportamientos perturbadores durante el sueño
 Otro: _____

4. ¿Cuándo comenzó el problema de sueño de su hijo? _____

5. ¿Su hijo ha sido diagnosticado hiperactivo? SÍ NO

6. ¿Sabe o le han dicho que su hijo ronca? SÍ NO DESCONOSCO

7. ¿Ha tenido su hijo alguna vez un estudio de sueño nocturno (polisomnograma)? SÍ NO DESCONOSCO

En caso afirmativo, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados? _____

8. ¿Cuál es la hora de dormir de su hijo? _____

9. ¿Su hijo tiene problemas para quedarse o quedarse dormido? _____

10. ¿Cuántas veces despierta su niño generalmente durante la noche? _____

11. ¿Cuántas horas de sueño tiene su hijo por la noche? _____

12. ¿Alguna historia de amigdalotomía y adenoidectomía? _____

13. ¿Alguna historia de infección por estreptococos y oído? _____

14. RONQUIDO Y APNEA DE SUEÑO

¿Su hijo ronca ruidosamente, jadea o se atraganta por la noche? SÍ NO DESCONOSCO

¿Su hijo a menudo se despierta con la boca seca / dolor de garganta / dolores de cabeza matutinos? SÍ NO DESCONOSCO

¿Su hijo duerme caminando? SÍ NO DESCONOCIDO

¿Tu hijo tiene terrores nocturnos? SÍ NO DESCONOCIDO

15. EPWORTH SLEEPINESS QUESTIONNAIRE (por favor responda las preguntas que correspondan)

En la tabla a continuación, indique con qué facilidad se duerme su hijo para dormir en las siguientes situaciones:

0 = nunca dormiría 1 = poca probabilidad de dormirse 2 = posibilidad moderada de dormitar 3 = alta probabilidad de dormirse

SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE DORMIRSE			
	0	1	2	3
Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo TV	0	1	2	3
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso	0	1	2	3
Acostarse para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentarse tranquilamente después del almuerzo sin alcohol	0	1	2	3
En un automóvil, mientras se detiene durante unos minutos en el tráfico	0	1	2	3

16. MOVIMIENTOS DURANTE EL SUEÑO

¿Su hijo alguna vez experimenta movimientos o sacudidas de sus piernas mientras está dormido? SÍ NO DESCONOSCO

¿El niño tiene sensaciones incómodas (por ejemplo, insectos que se arrastran) en las piernas que dificultan conciliar el sueño? SÍ NO DESCONOSCO

¿Alguna vez su hijo siente la necesidad de moverse o "reposicionar" las piernas mientras está sentado o quieto? SÍ NO DESCONOSCO

¿Su hijo tiene alguna molestia en las piernas por la noche? SÍ NO DESCONOSCO

17. OTROS SÍNTOMAS DEL SUEÑO

Cuando se duerme o se despierta, ¿su hijo ha visto o oído cosas que no estaban allí? SÍ NO DESCONOSCO

Cuando se duerme o se despierta, ¿alguna vez su hijo ha experimentado períodos muy breves de incapacidad para mover los brazos o las piernas a pesar de que lo intentó? SÍ NO DESCONOSCO

18. MEDICAMENTOS (OPCIONAL, SI TIENE TIEMPO)

Indique todos los medicamentos recetados y de venta libre que su hijo usa actualmente:

Nombre	Dosis	Frecuencia	Razón para la medicación

ALERGIAS: Látex SÍ NO Otras alergias _____

Otras notas importantes que cree que debamos saber _____

Firma del padre / tutor:

____ / ____ / ____
Fecha

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Entendemos que hay ocasiones en las que debe perder una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede evitar que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, la situación puede surgir cuando otro paciente no puede cancelar y no podemos programar una visita, debido a un libro de citas aparentemente "completo".

Las consultas no canceladas con un mínimo de 2 días hábiles de anticipación tendrán un cargo de cancelación de \$ 30.00. Esta tarifa NO se puede facturar a su compañía de seguros.

Las citas relacionadas con el Estudio del Sueño no canceladas con un mínimo de 3 días hábiles tendrán un cargo de cancelación de \$ 150.00. Esta tarifa NO se puede facturar a su compañía de seguros. Para todas las citas relacionadas con el Estudio del sueño, hemos acordado con anticipación tener un Técnico del sueño registrado de Polysomnogram disponible para brindarle su Estudio del sueño.

Si debe cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que se comunique con nosotros directamente al 703.729.3420, OPCIÓN N° 2. (De Lunes a Viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.) Después de horas, seleccione la opción # 3.

POLÍTICA FINANCIERA

Este consentimiento se aplica a Loudoun Medical Group, PC (en adelante referido como LMG) d / b / a Comprehensive Sleep Care Center, o cualquiera de sus afiliados o agentes, prestamistas o cualquier tercero que actúe para LMG o cualquiera de sus afiliados.

Por la presente, autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico y / o grupo médico por los cuales soy financieramente responsable de todos los cargos. También doy mi consentimiento para que se divulgue y vuelva a divulgar mi expediente médico para permitir o facilitar el pago, cobro, verificación o liquidación de mi cuenta por cualquier monto que yo deba pagarle a un tercero, a una organización de mantenimiento de la salud, a una aseguradora u otra entidad de salud. plan de beneficios.

Nuestra oficina le proporcionará un desglose general de la cobertura en su primera visita y esta información le será revelada a través de un "Formulario de llamada" que debe firmar. Tenga en cuenta que esta información se utiliza únicamente para obtener información preliminar del seguro y esto no garantiza los beneficios; Le recomendamos que se ponga en contacto con su compañía de seguros para obtener una aprobación más específica para todos los servicios.

Si el "Formulario de llamada en el formulario" no se revisó con usted en su cita inicial, notifique a la recepción de inmediato para que se le brinde.

Si en algún momento usted cambia de seguro, o su póliza de seguro cancela o cancela la cobertura, usted será completamente responsable de todos los cargos que no estén sujetos a reembolso con cualquier seguro nuevo provisto. La mayoría de los seguros tienen requisitos de presentación oportuna, si no se cumplen no podemos volver a facturar esos servicios. Es imperativo que notifique a nuestra oficina inmediatamente cualquier cambio en su política.

Si no podemos volver a presentar sus reclamos, será completamente responsable de todos los cargos. Esto incluye cualquier información SECUNDARIA relacionada con el seguro también.

POLÍTICA DE REFERENCIA

Entiendo que si mi compañía de seguros requiere una "Remisión de seguro" por escrito de parte de mi médico de atención primaria, soy responsable de obtener la referencia de seguro antes de ser visto en nuestra oficina y antes de someterse a la prueba.

Recomendamos que todos los pacientes llamen y confirmen esto directamente con su seguro de salud o consulte con su oficina de PCP con anticipación. Si no se obtuvo una "referencia de seguro" antes de mi cita, se me pedirá que firme un "Formulario de exención" reconociendo que si la referencia no puede obtenerse oportunamente, será financieramente responsable por los cargos incurridos.

Nombre impreso: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Firma del Padre / Tutor _____

PERSONAS PODEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON:

Comprendemos la importancia de poder comunicar o compartir ciertos elementos de información relacionada con la salud a los miembros de su familia. La Ley de Privacidad HIPAA exige que debemos obtener su permiso antes de que podamos compartir cualquier información relacionada con la salud que incluya: fechas de citas, facturación del seguro / cuenta e información relacionada con el tratamiento. Si desea que nosotros podamos compartir ciertas partes de esta información, asegúrese de incluir sus nombres a continuación.

1. _____ (nombre y apellido requeridos) ____ / ____ / ____ (se requiere DOB)

Relación cónyuge miembro de la familia _____ guardián otro _____

2. _____ (nombre y apellido requeridos) ____ / ____ / ____ (se requiere DOB)

Relación cónyuge miembro de la familia _____ guardián otro _____

3. _____ (nombre y apellido requeridos) ____ / ____ / ____ (se requiere DOB)

Relación cónyuge miembro de la familia _____ guardián otro _____

NO QUIERO QUE MI INFORMACIÓN SE COMPARTE CON NADIE

CONSENTIMIENTO PARA VIDEOCÁMETROS PARA EL ESTUDIO DEL SUEÑO EN EL LABORATORIO

Como parte de un estudio de sueño de diagnóstico, es posible que se requiera video. Toda la información y los datos se mantendrán confidenciales.

Yo, _____, autorizo el uso de videovigilancia para el diagnóstico médico. Si el paciente que se somete a la prueba es menor de edad (menor de 18 años), debe ir acompañado por un tutor para toda la prueba.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Yo, _____ se me ha dado la opción de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Loudoun Medical Group y entiendo que el aviso describe cómo se puede usar mi información médica o la del paciente y cómo se puede obtener acceso a esta información. También me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la información provista en el Aviso.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente (si el formulario de acuse de recibo es ejecutado por alguien que no sea el paciente) _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Intenté obtener la firma del paciente / representante en reconocimiento de este Recibo de Aviso de Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha	Iniciales del Personal	Razón
		Se negó a firmar (circule si corresponde) Otro:

COMPREHENSIVE SLEEP CARE CENTER

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE RECORDS MEDICOS GENERALES O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Por favor complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Celda del teléfono: _____ Teléfono en casa: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo al custodio de registros u otra persona / entidad (específicamente descrita) a compartir / divulgar la siguiente información * (marque todos los que correspondan):

Todos los registros Datos del estudio del sueño / Informe / Video Registros de facturación Notas de progreso

Registros de farmacia / prescripción Otro (describa específicamente): _____

* Nota: Si estos registros contienen información de proveedores anteriores o información sobre el estado del VIH / SIDA, diagnóstico de cáncer, abuso de drogas / alcohol o enfermedad de transmisión sexual, autoriza la divulgación de esta información.

Estos registros corresponden a servicios brindados en la (s) siguiente (s) fecha (s): _____

Envíe los registros enumerados anteriormente a (use hojas adicionales si es necesario):

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado/Código Postal: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Fax: _____

La persona a la que desea que se divulgue la información: (use hojas adicionales según sea necesario)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

La información puede ser utilizada / divulgada para cada uno de los siguientes propósitos:

A mi pedido (solo el paciente puede marcar esta casilla)

Para mi atención médica

Citas

Para pago / seguro

Para fines de empleo

Otro: _____

Esta autorización expirará a más tardar el: ____ / ____ / ____ o en el siguiente evento _____ (lo que ocurra primero), y no será válido por más de un año a partir de la fecha de firma de los registros médicos de Maryland.

Entiendo que después de que el custodio de los registros divulgue mi información de salud, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, recibir pago o elegibilidad para beneficios a menos que lo permita la ley. Al firmar a continuación, represento y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizar el uso o divulgación de la información de salud protegida y que no hay reclamos u órdenes pendientes o en efecto que prohibiría, limitaría o de otra manera restringiría mi capacidad para autorizar el uso o la divulgación de esta información de salud protegida.

Firma del paciente (o representante personal del paciente)

Fecha

Nombre impreso de la Representante del paciente

Representante autoridad para firmar para el paciente (es decir, padre, tutor, apoderado legal para el cuidado de la salud, albacea)

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LA PREPARACIÓN DEL ESTUDIO DEL SUEÑO

Se aplicará un cargo de \$ 150 por todas las cancelaciones o cambios en las citas del estudio del sueño con un aviso de menos de 3 días hábiles. Tenga en cuenta la ubicación y la suite para la que está programado, y tenga en cuenta las instrucciones para ingresar a la instalación

LANSLOWNE:	: 19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 Presione 194413 en el teclado para ingresar al edificio. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 3 para ingresar a Lansdowne.
CHANTILLY:	4080 Lafayette Center Drive, #170C, Chantilly, VA 20151 Ingresa directamente la unidad sin restricción de acceso Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 4 para Chantilly
BETHESDA:	6000 Executive Blvd. Suite 604, N. Bethesda, MD 20852 Proceda al frente del edificio para estacionar. Llame a Datawatch fuera del edificio presionando el botón en el pedestal frontal que aloja la plataforma ADA. Esto se encuentra directamente a la derecha de la puerta de entrada. Un representante de Datawatch responderá y solicitará un código para la entrada. Su código de entrada es "75337", que son los números de "SUEÑO". Datawatch luego lanzará la puerta de entrada, y usted debe dirigirse a los ascensores y dirigirse al sexto piso. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 8 para Bethesda
ARLINGTON:	200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington VA 22203 Proceda a la parte trasera del edificio para estacionar. Presione la tecla # asociada con el Centro de reposo en el directorio. Espere la liberación de la puerta, y proceda a esperar al frente de la ascensor, donde un técnico llegará para acompañarte a la instalación. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 2 para Arlington
DUMFRIES:	3687 Fettle Park Drive, Dumfries, VA 22025 Proceda directamente para ingresar a la unidad sin restricción de acceso Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 5 para Dumfries
WOODBIDGE:	4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 1 para Woodbridge
MANASSAS:	8100 Ashton Avenue, Suite 216 Manassas, VA 20109 Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 6 para Manassas.
GERMANTOWN:	12321 Middlebrook Rd, Germantown, MD 20874 Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 7 para Germantown.

- En la noche de su estudio, llegue al laboratorio de sueño designado a la hora de su cita no antes de las 9:00 PM (a menos que sea un examen pediátrico).
- Por favor, lávese y séquese el cabello antes de ir al centro de descanso. No use aerosoles, enjuagues o acondicionadores para el cabello.
- Su cuero cabelludo debe ser completamente accesible. Por favor, elimine cualquier integración de cabello artificial, (extensiones de cabello, tejidos de cabello)
- No aplique maquillaje, esmalte de uñas, crema o loción para el rostro o el cuerpo, ya que pueden interferir con los sensores eléctricos.
- Tome todos sus medicamentos regulares, a menos que su médico le indique que haga lo contrario. Mantenga un registro de sus medicamentos y el tiempo empleado. Por favor traiga cualquier medicamento que pueda necesitar durante su estadía.
- NO consuma bebidas ni alimentos que contengan cafeína después de las 12:00 p.m. el día del estudio.
- Trate de dormir toda la noche antes de su estudio. Por favor NO tome siestas el día de su estudio.
- Por favor traiga / use ropa de dormir para el estudio. Se prefieren pijamas holgadas de algodón. Por favor evite las ropas de noche que están hechas de satén, nylon o seda porque las sustancias químicas / pastas podrían dañarlas.
- POR FAVOR TRAIGA LAS PERTENENCIAS PERSONALES A SU ESTUDIO QUE PUEDAN AYUDARLE A DORMIR MÁS CÓMODAMENTE, (E.G., ALMOHADA FAVORITA, MANTA, LIBRO).
- Hay instalaciones de ducha disponibles para su conveniencia en Arlington, Bethesda, Chantilly, Dumfries, Germantown y Lansdowne. Es posible que deba lavarse el cabello varias veces para eliminar la pasta del cabello utilizado durante el estudio.
- Por lo general, puede irse de 6:00 a 6:15 a.m.

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA LA PRUEBA DE DURACIÓN MÚLTIPLE DEL SUEÑO (MSLT)

1. El MSLT generalmente se realiza la mañana siguiente a un estudio de sueño nocturno.
2. El desayuno continental y el almuerzo se proporcionan para esta prueba.
3. Por favor traiga material de lectura para leer durante su estadía con nosotros.
4. La prueba generalmente concluye entre las 4:00 y las 5:00 p.m.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE EL ESTUDIO DE SUEÑO

1. ¿Qué es un estudio de sueño en el laboratorio?

Un estudio del sueño es una serie de grabaciones que monitorean la actividad cerebral y todos los cambios fisiológicos que ocurren. Mientras duerme, recopilamos datos que nos ayudarán a comprender mejor sus patrones de sueño. En base a los resultados, nuestros médicos del sueño certificados por la Junta desarrollan un plan de tratamiento personalizado. Una cita de seguimiento con nuestro especialista en sueño o su médico de referencia será el siguiente paso en su plan de tratamiento.

2. ¿Qué implica un estudio de sueño en el laboratorio?

Un estudio del sueño es completamente indoloro. Se colocan parches adhesivos llamados sensores en el cuero cabelludo, la cara, el pecho, las extremidades y un dedo. Mientras duerme, estos dispositivos registran la actividad cerebral, los movimientos oculares, la frecuencia cardíaca y el ritmo, la presión arterial y la cantidad de oxígeno en la sangre. Cinturones elásticos se colocan alrededor de su pecho y abdomen. Miden los movimientos del pecho y la fuerza y la duración de cada aliento exhalado. Los cables se conectarán a sensores que transmiten datos a una computadora en la habitación contigua. Los cables son muy delgados y flexibles y están agrupados para minimizar la incomodidad. Aunque llamamos al procedimiento de adjuntar estos elementos el proceso de "conexión", no hay ganchos involucrados ni agujas. La conexión no es dolorosa y está diseñada para ser lo más cómoda posible. El Tecnólogo del sueño certificado por la Junta le explicará todos los procedimientos y le complacerá responder sus preguntas sobre el estudio.

3. ¿Son seguros los estudios del sueño y son cómodos?

Sí, los estudios del sueño son seguros. Simplemente monitreamos su actividad cerebral y muscular, posición para dormir y respiración mientras duerme. No hay agujas, drogas u otros procedimientos invasivos. Nuestros tecnólogos del sueño certificados por la Junta supervisarán su período de prueba de sueño completo desde una habitación cercana. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para que su estancia sea cómoda. Sin embargo, puede sentirse un poco incómodo. Te alojarás en una habitación privada con TV y sillón reclinable. Le recomendamos que traiga su propia almohada para asegurarse de que se sienta cómodo. Puede leer a la hora de acostarse o mirar televisión.

4. ¿Por qué tengo que pasar la noche?

Los estudios de sueño nocturno son el "estándar de oro" utilizado para diagnosticar con precisión los trastornos del sueño. Los estudios nocturnos son necesarios en parte porque los patrones de sueño pueden variar a lo largo de la noche. Además, los estudios nocturnos son importantes para detectar síntomas más sutiles que no pueden detectarse en un estudio de sueño en el hogar.

5. Si trabajo el turno de noche ¿puedo entrar durante el día?

Sí. Idealmente, el estudio del sueño ocurrirá durante su tiempo de sueño normal.

6. ¿A qué hora necesito estar en el centro para mi estudio del sueño?

Para nuestros pacientes adultos, programamos su examen en base a dos horarios de llegada, el primero es llegar a las 9 p. M., Y el segundo es a las 9:45 p. M. Esto es para asegurarnos de que nuestros técnicos puedan ayudarlo en sus necesidades y configuración con tiempo suficiente y de manera relajada, ya que le toma algún tiempo instalarse. Los pacientes pediátricos pueden llegar a las 8:30 p. M.