

A los padres(s) de:

A su niño(a) le ha sido programado un estudio del sueño en fecha:

Fecha y hora de la cita: @ 8:30 pm

Fecha y hora de alta: @ 6 am

*****UN PADRE O TUTOR LEGAL DEBE ACOMPAÑAR AL NIÑO DURANTE TODO EL ESTUDIO*****

Usted se alojará en el "Centro de Trastornos del Sueño" (Sleep Disorders Center) durante la noche; hemos incluido información adicional para su referencia. Si se incluye un cuestionario, por favor llénelo y tráigalo consigo a su cita.

El estudio de sueño o polisomnografía es no invasivo y no produce dolor. Se conectarán por cable sensores eléctricos a un conjunto de dispositivos de supervisión, los cuales se utilizarán para documentar la actividad de las ondas cerebrales, los movimientos de los ojos, el tono muscular en el área de la barbilla, los movimientos de las piernas, la saturación de oxígeno y la actividad respiratoria. Estos sensores sin dolor se aplican temporalmente con gasas y cinta. El equipo puede ser mínimamente incómodo, pero no impide el sueño, ni interfiere significativamente con el estudio del sueño. Se prefiere la obtención de al menos seis horas de prueba, de modo que el médico efectúe una evaluación integral del sueño. Una vez que haya comenzado el estudio, usted tiene el derecho de suspender la prueba por cualquier motivo; sin embargo, tenga en cuenta que una prueba más corta pudiera no ser tan confiable o tan útil para el médico que realiza la interpretación. Se le presentará el cargo completo del estudio para el pago correspondiente. Los pacientes del Centro de sueño no pueden permanecer en el laboratorio, ni dormir, sin que sean supervisados adecuadamente. **Tenga en cuenta que los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por uno de los padres o por su tutor legal.** Para la seguridad del paciente y para obtener resultados precisos, no se permite la pernocta de niños en las instalaciones que no sean los pacientes sometidos al procedimiento de prueba.

Verificaremos su programa y beneficios de seguro; sin embargo, algunos proveedores de seguros exigen una remisión por escrito por parte del médico antes de la programación, que debe ser obtenida por el paciente. Si se requiere una remisión, la solicitaremos al momento de la programación. Si no recibimos la Pre-Autorización y/o Remisión obligatoria, su cita podría ser reprogramada. Tenga en cuenta que un estudio del sueño no se considera una estadía de paciente hospitalizado, sino que más bien es una prueba de diagnóstico para pacientes externos que pasarán la noche en la institución. En caso de que su compañía de seguros le pregunte acerca de los códigos de procedimiento o códigos "CPT", por favor, proporcioneles cualquiera de los siguientes requisitos, según corresponda:

Estudio diagnóstico del sueño para niños de 6 años o menos: CPT 95782

Estudio diagnóstico del sueño: CPT 95810

Estudio del sueño con Tratamiento de presión positiva continua CPT 95811

en la vía aérea (CPAP) nasal:

Polisomnografía nocturna en noche dividida con CPAP: CPT 95811

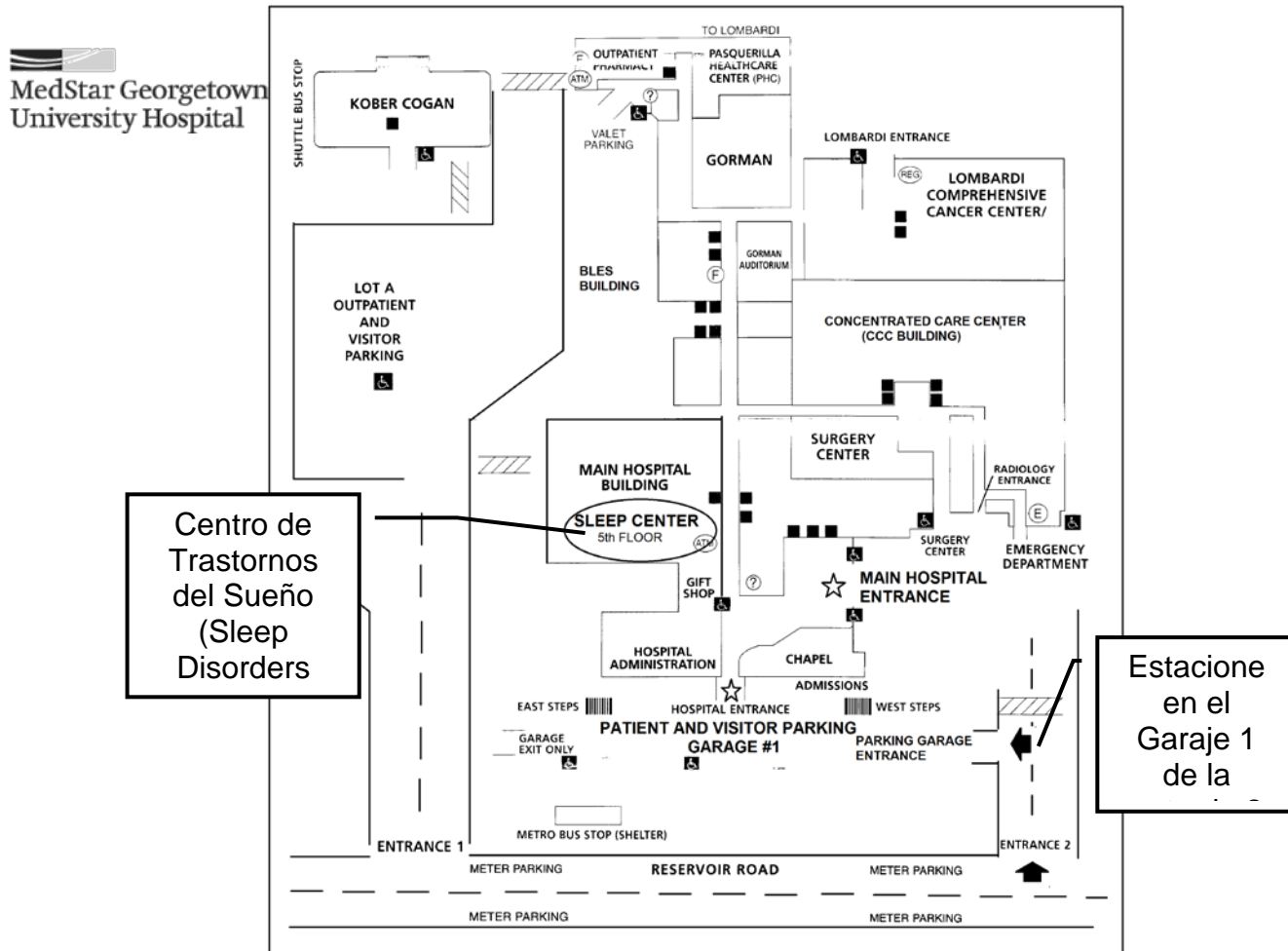
Prueba de latencia múltiple del sueño (MSLT): CPT 95805

Somos un departamento de atención ambulatoria y a los pacientes se les asignará una habitación de acuerdo con el tipo de estudio que su médico haya ordenado. No se pueden solicitar con antelación habitaciones con baños. En la mayoría de las habitaciones, los baños se encuentran dentro de la habitación, pero en algunos casos son adyacentes o están frente a las habitaciones de sueño. Aunque el baño pudiera no estar en la habitación, cada habitación de paciente tiene acceso a un baño con ducha.

Si se produce un cambio en su horario, le solicitamos nos proporcione aviso con un mínimo de 24 horas de antelación para cancelar o reprogramar. Tenga en cuenta también que *si su niño está enfermo(a) en la fecha de su cita, la cita probablemente deba ser reprogramada* con el fin de garantizar mayor exactitud en los resultados de las pruebas.

El número de contacto para la confirmación, cancelaciones y reprogramación de la cita es 202-444-3610. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 am a 4:30 pm. Para informarnos fuera del horario de atención acerca de una cancelación inesperada de una cita, envíe mensaje por el buscapersonas (202) 405-5438.

Cuando llegue al hospital: Usted debe entrar en el campus del hospital por la entrada 2 (busque la señal de la sala de emergencias) y estacione en el Garaje 1. Por favor, traiga su boleto de estacionamiento al Hospital para su validación. El estacionamiento validado cuesta \$6 - \$12. El estacionamiento para discapacitados está disponible en el Garaje 1. El Centro del Sueño se encuentra en el 5to piso del edificio del hospital principal (Main Hospital Building). Entre en el hospital a través de cualquiera de las entradas del edificio principal, que permanecen desbloqueadas hasta las 9:00 PM.



Salida: La prueba generalmente se completa a las 6 AM aproximadamente, momento en el que se retiran todos los dispositivos de control, para que pueda abandonar el Centro de Trastornos del Sueño. Si necesita salir antes de la 6 a.m. informe a su tecnólogo. Hay duchas disponibles.

Resultados: Los resultados de su prueba serán enviados al médico que le remitió. Comuníquese con la oficina de su médico para programar una cita y le expliquen los resultados del estudio. Todos los resultados son confidenciales y serán comunicados únicamente a usted a través de su médico. Los tecnólogos no pueden transmitir los resultados de prueba alguna después de realizada una prueba, ya que el estudio debe ser revisado por un médico. Por lo general, los resultados finales son enviados al médico solicitante en 7-10 días laborales.



MedStar Georgetown University Hospital

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente cuando se prepare para su estudio de sueño:

- Tome una ducha y aplíquese champú en el cabello el día de su estudio. El cabello debe estar limpio y sin laca para el cabello, mousse, geles, aceites, etc. Si usted tiene cabello postizo que esté adherido al cuero cabelludo, es posible que no podamos realizar la prueba (el cabello de un solo trenzado y la mayoría de las extensiones de cabello no plantean problemas).
- Los caballeros deben afeitarse con antelación al estudio. Si usted tiene bigote o barba no está obligado a retirarlos.
- NO SE PERMITEN siestas durante el día de su estudio.
- NO SE PERMITEN bebidas con cafeína después de las 12:00 del mediodía del día de su estudio, ni durante la prueba.
- NO SE PERMITEN bebidas alcohólicas el día de su estudio. Tenga en cuenta que Georgetown University Hospital es un campus exento de tabaco.
- NO SE PERMITEN maquillajes faciales, cremas para la cara, ni productos para la piel en su cara.
- Si tiene uñas acrílicas/artificiales en los dedos, debe retirarse al menos una para el estudio. Si tiene esmalte de uñas o uñas acrílicas al momento de su llegada para su estudio, el tecnólogo tendrá que retirar el esmalte de uñas y/o la uña acrílica de uno de los dedos. Esto es necesario para que las lecturas de saturación de oxígeno sean exactas durante el estudio.
- Cene antes de llegar a su cita. Puede traer un bocadillo sin cafeína, si cree que probablemente llegue a tener hambre antes de que se inicia el estudio.

Recuerde traer:

- Los medicamentos que habitualmente toma, incluyendo los medicamentos de venta sin receta. El Centro de Trastornos del Sueño no puede proporcionar ningún medicamento. Tome los medicamentos recetados, a menos que su médico le dé otras instrucciones. Si utiliza medicamentos para dormir regularmente, tráigalos consigo.
- Ropa de dormir cómoda - preferiblemente pijamas o pantalones cortos y una camiseta. La ropa de noche no es opcional: es obligatoria. Por favor, no utilice materiales satinados o parecidos al satinado.
- También debe traer artículos personales, tales como cepillo de dientes, pasta de dientes, cepillo y un peine.
- Traiga una almohada, si usted prefiere usar la suya propia. Son aceptables las máquinas de ruido blanco.
- Si actualmente usted es un usuario de CPAP, traiga su máscara.
- Material de lectura o algo para mantenerle ocupado(a) antes de la hora de acostarse.
- Su tarjeta de seguro y una identificación con foto.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted tiene alguna necesidad especial de cuidados de enfermería o una discapacidad, y necesita asistencia especial, por favor, traiga a su facilitador de cuidados a su cita. También, por favor, tenga en cuenta que Georgetown University Hospital es un campus exento de humo.

M-Run #	Facturación #	Registro #	Orden #	Fecha de servicio

P A C I E N T E	<u>Nombre/dirección del paciente:</u> Fecha nac.: _____ Edad: ____ Sexo: M F S.S.#: _____ Estado civil: _____ Motivo de consulta: Encierre en un círculo Ronquido Apnea Narcolepsia Insomnio Teléfono de casa #: _____	
	<u>Empleador del paciente</u> Nombre/dirección: Ocupación: Tel: _____	<u>Contacto de emergencia</u> Nombre/dirección: Relación: Tel: _____
M É D I C O	<u>Médico de atención primaria</u> Nombre/dirección: Tel: _____ FAX: _____	<u>Médico remitente</u> Nombre/dirección: Tel: _____ FAX: _____
	<u>Facturar a:</u> Nombre/dirección: Tel: _____ Fecha nac.: _____ S. S. #: _____	<u>Empleador del fiador</u> Nombre/dirección: Ocupación: Tel: _____

<u>SEGURO: COMPAÑÍA PRINCIPAL:</u> Nombre/dirección: Nombre del suscriptor: Fecha nac.: S.S.#: Grupo #: ID #:	<u>SEGURO: COMPAÑÍA SECUNDARIA:</u> Nombre/dirección: Nombre del suscriptor: Fecha nac.: S.S.#: Grupo #: ID #:
--	---

DIAGNÓSTICO:	CÓDIGO CPT:	PROCEDIMIENTO:
	95805 95810 95811	MSLT PSG CPAP/NOCHE DIVIDIDA

*Cuando reciba este paquete a través de correo electrónico, *por favor, imprima las páginas restantes, y tráigalo consigo la noche de su cita.*

Autorización para divulgar información y ceder pagos de beneficios:

Por medio del presente documento autorizo el pago directo a The Georgetown Sleep Disorders Center. También autorizo la entrega de todos los registros médicos necesarios para que actúe en relación con esta solicitud. Si la compañía de seguros se niega por motivos de que los servicios sean médicamente innecesarios, *"Convengo en aceptar la responsabilidad por el pago total de la factura a MedStar Georgetown University Hospital."*

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Nombre del paciente:

Diagnóstico:

Firma del médico

Fecha

Códigos de procedimiento CPT

Procedimiento del centro del sueño

95805

95810

95811

Prueba de latencia múltiple del sueño (MSLT):

Polisomnografía adulto

Polisomnografía con titulación CPAP

Cuestionario de historia de sueño pediátrico

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento: _____

1. ¿A qué hora normalmente su niño(a) va a la cama en un día laborable? _____ am / pm
2. ¿A qué hora se despierta normalmente su niño en un día laborable? _____ am / pm
3. ¿Cuál es la hora de dormir normal de su niño en un fin de semana o feriado? _____ am / pm
4. ¿A qué hora normalmente su niño va a la cama en un día de fin de semana o feriado? _____ am / pm

5. ¿Toma su niño una siesta durante el día? Si es así, ¿de cuánto tiempo es la siesta? _____
6. En promedio, ¿cuántas horas de sueño toma su niño durante un período de 24 horas? _____
7. ¿Es en alguna ocasión difícil para el niño despertarse por la mañana o después de una siesta?
 - Sí
 - No
8. ¿Ronca su niño(a) por la noche?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente (más de una vez a la semana)
 - La mayoría de las noches
9. Por favor, describa la intensidad del ronquido.
 - Sin ronquidos
 - Débil (no se puede oír a menos que se acerque al niño)
 - Ligero (se puede oír, aunque no molesta)
 - Moderado (fácil de oír, no demasiado alto)
 - Pesado (alto, molesto, se puede oír fuera de la habitación del niño)
10. Si su niño ronca, ¿qué porcentaje de la noche sucede?
 - No ronca(0%)
 - Ocasionalmente (menos de 50%)
 - Intermitentemente (aproximadamente 50%)
 - Frecuentemente (más de 50% de la noche)
 - Continuamente (al menos 90% de la noche)
11. ¿Alguna vez ha sido testigo de que su niño tenga dificultad o haga esfuerzos para respirar durante el sueño?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente
 - La mayoría de las noches
12. ¿Presenta el pecho de su niño "hundimiento" o "sube y baja" durante el sueño?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente
 - La mayoría de las noches
13. ¿Alguna vez ha sido testigo de pausas en la respiración de su niño durante el sueño?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente
 - La mayoría de las noches
14. ¿Alguna vez sacude a su niño o intenta despertarlo(la) para hacer que reanude la respiración?
 - Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)

- Frecuentemente
 - La mayoría de las noches
15. ¿Durante cuánto tiempo ha tenido su niño problemas respiratorios?
- No ha tenido problemas
 - Menos de 3 meses
 - Menos de 6 meses
 - Más de 1 año
 - Desde que él/ella era bebé
16. ¿Duerme su niño en cualquier posición inusual (por ejemplo: cuello muy extendido o con su trasero hacia arriba, en el aire)?
- Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente (más de una vez a la semana)
 - La mayoría de las noches
17. ¿Tiene su niño movimientos corporales o cambios de posición del cuerpo excesivos durante la noche?
- Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente (más de una vez a la semana)
 - La mayoría de las noches
18. ¿Se queja su niño de desagradables sensaciones de hormigueo en sus piernas antes de rendirse de sueño?, o ¿desea que le froten las piernas?
- Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente (más de una vez a la semana)
 - La mayoría de las noches
19. ¿Su niño tiene pesadillas?
- Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente (más de una vez a la semana)
 - La mayoría de las noches
20. ¿Camina/habla su niño durante el sueño?
- Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente (más de una vez a la semana)
 - La mayoría de las noches
14. Si su niño tiene más de 5 años, se orina en la cama?
- Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente (más de una vez a la semana)
 - La mayoría de las noches
15. ¿Suda en exceso durante el sueño?
- Nunca
 - Rara vez (menos de una vez al mes)
 - Ocasionalmente (1-4 veces al mes)
 - Frecuentemente (más de una vez a la semana)
 - La mayoría de las noches
16. ¿Se duerme su niño en la escuela o toma siesta después de la escuela?
- Sí
 - No

25. En promedio, qué cantidad de cafeína (si es el caso) consume su niño por semana? _____ porciones.

26. ¿Qué tan probable es que su niño dormite/cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones? ¿Con qué frecuencia se siente cansado(a)? Esto se refiere a su forma habitual de vida en los últimos tiempos. Incluso si su niño no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de evaluar la forma en que puede afectarle. Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = nunca dormita/cabecea
- 1 = baja posibilidad de que dormite/cabecee
- 2 = moderada probabilidad de que dormite/cabecee
- 3 = alta probabilidad de que dormite/cabecee

Situación

Probabilidad de que

dormite/cabecee

Sentado(a) y leyendo	
Viendo la TV	
Sentado(a), inactivo, en un lugar público (por ejemplo, en la escuela o el cinema)	
Como pasajero en un automóvil durante una hora, sin interrupción	
Estado acostado para descansar en la tarde, cuando las circunstancias lo permiten	
Sentado y hablando con alguna persona	
Sentado tranquilamente después de un almuerzo	
En un automóvil, mientras se detiene durante unos minutos en el tráfico	

27. Año de la última exploración física completa: _____

Nombre del médico examinador: _____

Dirección del médico: _____

Número de teléfono de la oficina de consulta:

Especialidad médica:

28. ¿Se encontró algo mal en su último examen físico? Sí No

En caso afirmativo, describa:

Observaciones: Si hay otros aspectos del problema de sueño de su niño(a), que crea son importantes, por favor, descríbalos en el siguiente espacio. Asimismo, indique todos los medicamentos que no se incluyeron en la lista anterior.

