



## Instrucciones del Estudio del Sueño Cardiorespiratorio “PAP Nap”

Con el fin de tener una mejor oportunidad de quedarse dormido durante su estudio de la siesta, por favor siga las instrucciones detalladas a continuación:

1. Nos gustaría que usted esté ligeramente con falta de sueño para que sea capaz de conciliar el sueño durante su estudio de la siesta. Por lo tanto, le pedimos que se quede despierto 1 - 2 horas más tarde de lo habitual, la noche anterior al estudio y/o se levante 1 - 2 horas antes de lo habitual por la mañana el día del estudio.
2. **LE RECOMENDAMOS QUE NO MANEJE** porque tendrá un poco de sueño. Por favor tenga a alguien que lo traiga a nuestro Centro y lo recoja después del estudio.
3. **NO TOME UNA SIESTA** antes del estudio.
4. Le recomendamos que coma 1 – 2 horas antes de su siesta. Esto algunas veces incrementa el sueño. Sin embargo, **EVITE TODOS LOS ALIMENTOS QUE CONTENGAN CAFEINA, TALES COMO: CAFÉ, TE, CHOCOLATE, REFRESCOS** por 12 horas antes del PAP Nap (estudio de la siesta).
5. Su cita para el estudio de la siesta puede durar de 3 a 4 horas.
6. Use ropa suelta, cómoda y siéntase en la libertad de traer su almohada o cobija favorita.
7. Tome sus medicamentos como de costumbre, con la excepción de algún medicamento estimulante. Por favor espere a tomar el medicamento estimulante hasta después del PAP Nap. Si necesita tomar medicamentos durante el estudio de la siesta, por favor tráigalos con usted ya que el Sleep Center no está autorizado en proveerle medicamento de ningún tipo.
8. Si usted piensa que la música le va a ayudar a quedarse dormido, puede traer un IPOD o reproductor de CD de su preferencia.
9. Es muy importante para el estudio de la siesta una buena respiración nasal. Si usted tiene alergias nasales, por favor trátelas como de costumbre. Si usted tiene un resfriado o se siente enfermo, le recomendamos que re programe la cita del estudio de la siesta.

Su cita es el día (date): \_\_\_\_\_ hora (time): \_\_\_\_\_

Un miembro del Sleep Disorders Center le llamará antes del estudio para contestar cualquier pregunta.

Estoy de acuerdo con las instrucciones anteriores y tomaré todas las precauciones necesarias para llegar de forma segura al Olathe Medical Center Sleep Disorders Center antes de mi estudio. También autorizo la grabación de vídeo y audio durante mi estancia.

\_\_\_\_\_  
(Patient Signature) Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
(Date) Fecha

\_\_\_\_\_  
(Witness Signature) Firma del Testigo

20.0021



**Olathe Medical Center**

20333 West 151<sup>st</sup> Street  
Olathe, Kansas 66061

### PAP NAP INSTRUCTIONS SLEEP DISORDERS CENTER

Page 1 of 1

6.22.2015:RESP;ca  
Spanish posted: 5.1.2016

**O.M.C. No. 2104**

PLACE  
PATIENT LABEL  
HERE