



Patient Name
(Nombre del
Paciente):

Appointment
(Cita):

@ 8 pm

Sleep Study Information (SPANISH) Información del estudio del sueño

Usted ha sido programado para un estudio del sueño en el Sleep Disorders Center en el Olathe Medical Center. Para prepararse para el estudio del sueño, favor de leer las siguientes instrucciones. Si tiene alguna pregunta, contacte el Sleep Disorders Center al (913) 791-4282.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se realizará un polisomnograma (grabación del sueño) para detectar los trastornos del sueño y evaluar la calidad de su sueño. El especialista del Sleep Center utilizará los datos registrados, el vídeo grabado y las notas del tecnólogo del sueño para el diagnóstico correspondiente.

Un polisomnograma registra simultáneamente la siguiente información del cuerpo:

- EEG (electroencefalograma) los electrodos en el cuero cabelludo registran la actividad cerebral.
- Los cinturones de respiración alrededor del pecho y del abdomen miden el esfuerzo de la respiración.
- Un sensor saturación de oxígeno que se coloca en el dedo, monitorea el nivel de oxígeno en la sangre.
- Un tubo pequeño que se coloca por debajo de la nariz detecta el aire exhalado e inhalado.
- Sensores en la barbilla y piernas registran el tono muscular y los movimientos del cuerpo.
- Los electrodos colocados cerca de los ojos monitorean los movimientos oculares.
- Las almohadillas de EKG (electrocardiograma) colocadas en el pecho monitorean la actividad cardiaca.

Si es necesario, se puede obtener muestras de gases en la sangre.

INFORMACION GENERAL

Usted debe planear llegar a las 8:00 pm. Favor de registrarse de lunes a viernes en el Doctors Building I, Suite 150. El sábado y el domingo o después de las 8:30 pm, por favor regístrese en Admisión de Emergencias. Después de que se ha registrado, un técnico del estudio del sueño le acompañará al Sleep Disorders Center. **Por favor llámenos tan pronto como sea posible si necesita una silla de ruedas o algún servicio especial al (913) 791-4282.**

El procedimiento de conexión tomará alrededor de una hora y luego se puede ir a dormir. Su estudio durará un mínimo de seis horas, independientemente de la cantidad de sueño

20.0021



Olathe Medical Center
20333 West 151st Street
Olathe, Kansas 66061

SLEEP STUDY INFORMATION

Page 1 of 3

9.5.2017; RESP; ca
Spanish posted
1.4.2018

O.M.C. No. 2109

PLACE
PATIENT LABEL
HERE

grabado. Por la mañana, todos los equipos de monitoreo se desconectarán y usted podrá salir.

Un estudio del sueño es capaz de detectar diferentes trastornos del sueño. Existen varias opciones de tratamiento que están disponibles para la mayoría de los trastornos del sueño, incluyendo CPAP o Presión Positiva Continua en las Vías Respiratorias, BiPAP® o Presión Positiva de doble nivel en las vías respiratorias, medicamentos, cirugías, aparatos dentales, y / o pérdida de peso. Su médico trabajará con usted para determinar qué tratamiento es el mejor.

Si se detectan anomalías respiratorias durante su estudio, se pueden iniciar las terapias con CPAP o BiPAP después de unas horas de sueño. A menudo, un segundo estudio del sueño es necesario para determinar el nivel óptimo de tratamiento.

Tanto la terapia CPAP y BiPAP® consisten en una máscara nasal, tubo conectivo y una máquina pequeña. La presión del aire actúa como "férula" del tejido blando en la boca y la garganta de modo que la vía respiratoria permanezca abierta permitiendo un mejor sueño. Su técnico del sueño trabajará con usted para asegurar su comodidad.

PREPARACION DEL ESTUDIO

Usted necesitará traer la información de su seguro médico, identificación con fotografía, y documentos de referencia o autorización (si los hubiera) para el registro de paciente a su llegada. Su estudio del sueño es un procedimiento ambulatorio, por lo que no será admitido en el hospital.

Por favor traiga una **lista de todos sus medicamentos** (de receta y de venta libre), y llene el cuestionario y el diario del sueño que se anexa. Su técnico del sueño se los pedirá cuando lo lleven a su habitación.

Importante: continúe con TODOS sus medicamentos recetados a menos que su médico le indique lo contrario.

Si actualmente tiene un dispositivo CPAP / BiPAP®, por favor traiga la máquina, los tubos, el casco o protector de cabeza y la máscara.

El equipo de prueba se puede conectar alrededor de cualquier tipo de ropa para dormir, así que por favor traiga algo cómodo y suelto para dormir. Las batas de hospital están disponibles si lo requiere, y le pedimos que evite usar materiales como el satín y la seda, ya que algunos de los dispositivos se deslizan demasiado fácilmente sobre estas telas.

El equipo de grabación es muy sensible, por lo que se requiere una conexión lo más limpia posible. En la noche del estudio del sueño, por favor dúchese, lave su cabello con champú y séqueselo. No utilice ningún tipo de preparaciones para el cabello, tales como activadores, acondicionadores o humectantes. Se debe de quitar el esmalte de uñas, si está usando uno, ya que monitoreamos el nivel de oxígeno a través del lecho de la uña.

Los sensores que se colocan en la cara son difíciles de aplicar sobre el vello facial; por lo tanto, le pedimos a los hombres que estén bien afeitados, **a menos que tenga una barba. ¡No se afeite la barba para este estudio!**

El día del estudio no tome siestas y evite las siguientes sustancias después de mediodía:

- Cualquier cosa que contenga cafeína (café, té, refrescos, Vivarin®, No-Doz®, etc.).
- Diuréticos (píldoras de agua) o laxantes.
- Bebidas alcohólicas.
- Cualquier tipo de estimulantes (como las píldoras de dieta, medicamentos para los

Barcode on first page only

Olathe Medical Center
20333 West 151st Street
Olathe, Kansas 66061

SLEEP STUDY INFORMATION

Page 2 of 3

9.5.2017; RESP; ca
Spanish posted
1.4.2018

O.M.C. No. 2109

PLACE
PATIENT LABEL
HERE



resfriados o nicotina)

- Cualquier tipo de sedante (como el jarabe para la tos, Nytol®, Tylenol PM®, etc.)

Puede traer algún artículo del hogar con el que usted se sienta más cómodo(a) (almohada, cobija, etc).

Olathe Medical Center, Inc. es una instalación para no fumadores. No está permitido fumar en el recinto hospitalario incluyendo áreas al aire libre.

CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar este formulario, usted está dando su consentimiento para someterse a las pruebas y tratamiento de polisomnograma en el Olathe Medical Center Sleep Disorders Center y da su consentimiento para grabar en video y audio durante el tiempo de su estancia. Además, usted está permitiendo que el Olathe Medical Center Sleep Disorders Center entregue los resultados de sus exámenes y tratamiento de su polisomnograma a su médico de referencia. Para otorgar una atención de calidad y un tratamiento de seguimiento, también está dando su consentimiento para que su médico de referencia entregue información clínica de sus estudios previos y posteriores al Olathe Medical Center Sleep Disorders Center.

YO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO LAS INSTRUCCIONES ARRIBA MENCIONADAS:

_____ Hora/Fecha (Time/Date)	_____ Firma del Paciente (Patient Signature)	_____ Hora/Fecha (Time/Date)	_____ Testigo (Witness)
------------------------------------	--	------------------------------------	-------------------------------

20.0021



Olathe Medical Center
20333 West 151st Street
Olathe, Kansas 66061

SLEEP STUDY INFORMATION

Page 3 of 3

9.5.2017; RESP; ca
Spanish posted
1.4.2018

O.M.C. No. 2109

PLACE
PATIENT LABEL
HERE