

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE PARA EL ESTUDIO DE SUEÑO

Nombre: _____ Estudio del sueño Fecha/Hora: _____

POR FAVOR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA ASEGURAR BUENAS CONDICIONES PARA EL ESTUDIO

1. **NO DEBE** beber bebidas con cafeína como el café, té o Colas (Coke, Pepsi, Mountain Dew, Jolt, etc.) después de 12:00 mediodía en el día del estudio.
2. **NO DEBE** beber bebidas alcohólicas como cerveza, vino, licores, brandy, etc. después de 12:00 mediodía en el día del estudio.
3. **NO SE DEBEN** tomar sedantes o medicamentos para dormir en el día de su estudio salvo disposición por un médico. Usted puede tomar los medicamentos habituales para el corazón, la presión arterial, los pulmones o la diabetes, etc., pero por favor, recuerde informar todas las medicaciones tomadas recientemente en su cuestionario de la hora de acostarse.
4. Por favor, abstenerse de siestas en el día de su estudio. Queremos que venga preparado para dormir.
5. Por favor, bañarse y lavarse el cabello antes de llegar al laboratorio. **NO** utilice ningún acondicionador para el cabello, cremas, aceites en su cabello. **NO** usar maquillaje, cremas para el piel, etc. en su cara después de lavarse. **NO** use esmalte de uñas. Los hombres por favor venir con la cara recién afeitada.
6. Traer ropa de noche (pijamas, camisón, sudadera, bata de baño, etc., que se abren delante si es posible) y material de lectura ligero.
7. Traiga cualquier artículo que puede necesitar para lavarse y vestirse en la mañana.
8. Almohadas y mantas se le proporcionarán, sin embargo le sugerimos que traiga su propio para mayor comodidad.
9. La prueba se termina a las 6:00am-7:00am. Por favor, asesorar al técnico si usted necesita ser despertado temprano, si es su rutina habitual.
10. Trate de organizar un viaje hacia y desde el centro de pruebas, especialmente si experimenta significativa la somnolencia diurna.
11. Presentarse a Sleep Associates of CT centro de pruebas en 687 Campbell Avenue o 2543 Dixwell Avenue Hamden. Presione el botón del intercomunicador para que le dejen entrar. Entre en el lobby principal y tome el ascensor hasta la segunda planta, que se abre en la zona de recepción. Por favor, estar sentado y un terapeuta vendrá a conocerle.
12. Por favor dar aviso de cancelación de 48 horas de anticipación o se implementará una tarifa. Al firmar abajo usted reconoce que ha leído y entendido la política de cancelación para Sleep Associates of CT.

Nombre del paciente _____

Fecha _____

Si usted tiene alguna pregunta llamar a Sleep Associates of CT al (203)909-6059, Lunes a Viernes, de 9:00am a 5:00pm; después de horas de trabajo y fines de semana usted puede dejar un mensaje