



Children's Mercy SOUTH

Comprehensive Sleep Disorders Center

5808 W. 110th Street
Overland Park, Kansas 66211
Phone: (913) 696-8518
Fax: (913) 696-8519

Estimado Padre/Tutor,

Se ha programado un Estudio del Sueño para _____ en el Laboratorio del Sueño de Children's Mercy (Sleep Lab) el día _____ a las _____ (de la tarde). Por favor póngase en contacto con el Centro del Sueño si no puede mantener la fecha y la hora de su cita programada. **Estamos localizados en el Hospital Children's Mercy South en el 5808 W. 110th Street en Overland Park, Kansas.**

Cuando llegue al hospital, por favor regístrese con uno de los guardias de seguridad. Usted será dirigido a Admisiones. Después de completar el registro, se le acompañará al Laboratorio del Sueño (Sleep Laboratory).

Le daremos _____ de privacidad para alistarse para dormir. Al técnico le tomará aproximadamente 1 hora para colocar los sensores de registro para que podamos registrar el sueño de su niño. Este proceso es largo pero no doloroso. En el transcurso de la noche, monitorearemos y registraremos cada aspecto importante del sueño de su niño de la siguiente manera: impulsos eléctricos cerebrales, etapas del sueño, patrones respiratorios, movimientos del cuerpo, niveles de oxígeno y dióxido de carbono, ritmo cardíaco y, más importante, el estudio del sueño será monitoreado y registrado en audio y video. Esto nos permitirá completar la evaluación detallada del sueño de su niño. Un altavoz estará prendido en todo momento para responder a las preocupaciones y necesidades de su niño y las de usted durante el estudio del sueño.

Solo hay alojamiento para **UN** padre de familia durante el estudio del sueño. Desafortunadamente, no tenemos el espacio u otro tipo de alojamiento disponible. Si otro padre de familia (familiar o hermanos) planea venir, le podemos proveer información de los hoteles cercanos. Por favor asegúrese de llamar al Laboratorio del Sueño **ANTES** de la fecha del estudio para obtener la información de los hoteles cercanos.

Una vez que comencemos el estudio, todos los electrónicos deben ser apagados.

Para prepararse para el estudio por favor haga lo siguiente:

- *Mantenga un diario del sueño por dos semanas (adjunto) – **USTED DEBE TRAERLO AL ESTUDIO**
- *Haga que su niño se bañe antes de venir
- *El cabello debe estar limpio y seco sin algún producto.
- *No unte nada de crema en la piel.
- *No permita que su niño coma o beba cualquier cosa que contenga cafeína. (Esto incluye chocolate)
- *Traiga los medicamentos de su niño y cualquier artículo necesario.
- *Si su niño es mayor de 3 años de edad no permita que tome siestas el día del estudio.

A pesar de que el estudio del sueño no es doloroso, puede ocasionar algo de ansiedad. Para permitir que el laboratorio del sueño haga el mejor estudio posible, le animamos a que programe una cita para visitar la entidad del hospital antes de tener el estudio del sueño. Estas visitas para tours pueden ser programadas a su conveniencia y le ayudará a eliminar la ansiedad de su niño. Tenemos disponibles a los especialistas en vida infantil para ayudarle a su niño a prepararse para el estudio del sueño.

Si su niño está enfermo el día del estudio, por favor llámenos para reprogramar su cita. Nos puede contactar al **913-696-8518 – Opción "1"**.

Sleep Center Medical Director
Gayln Perry, MD

Sleep Center Program Director
Robert Beckerman, MD, FAAP, FCCP

Sleep Center Director of Operations
Teresa Genenbacher, RPSGT

Sleep Medicine Staff
Arezou Heshmati, MD
Kevin Smith, PhD, CBSM
Jamie Neal, APRN, CPNP
Jennifer Tietjen, APRN, CPNP
Stephanie Wilhoit, APRN, NP-C
Wendy Estrellado, MD

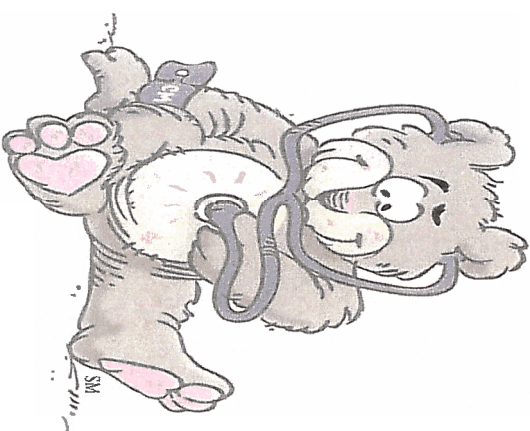
Utilice este esquema para mantener su diario de dormir por el tiempo que pida su doctor (utilice papel adicional si es necesario)

Habitos Saludables para Dormir:

- ✓ Rutina regular de irse a la cama
- ✓ Tiempo de irse a la cama regular y tiempo que duro para despertar en la mañana
- ✓ Una hora de exposicion al sol temprano en el dia
- ✓ Actividad fisica regular por lo menos dos horas antes de acostarse
- ✓ Luces opacas en la tarde
- ✓ No actividades estimulantes como la television, video juegos o juegos de computadora por lo menos una hora antes de dormir
- ✓ No cafeina (incluyendo chocolate)
- ✓ Evite comidas grandes algunas horas antes de acostarse a dormir

POR FAVOR COMIENSE ESTE DIARIO DEL SUENO 2 SEMANAS ANTES DE SU ESTUDIO DEL SUENO .

My Sleep Diary



Children's Mercy HOSPITALS & CLINICS
www.childrensmc.org

Favor de completar en TINTA NEGRA porque este document sera procesado

Children's Mercy HOSPITALS & CLINICS
www.childrensmc.org

Dr. Gayln Perry
Dr. Robert Beckerman
Dr. Arezou Heshmati
Kevin Smith, PhD
Jamie Neal, APRN, CPNP
Jennifer Tietjen, APRN, CPNP
Stephanie Wilhoit, APRN, NP-C
Teresa J. Genenbacher, RPSGT

Clinica de Sueno: 913-696-8518 (opt 3)
Fax de Clinica del Sueno: 816-983-6626
Laboratorio de Sueno: 913-696-8518 (opt 1)
Fax de Laboratorio del Sueno: 913-696-8519

Fecha:
Dia de la Semana:
Tiempo de siesta total durante el dia:
Hora de irse a la cama:
Tiempo que duro para dormirse:
Posicion de dormir:
Sonambulismo/ronquera o respiracion laborada:
Sudor de noche?
Tiempo que duro para despertar en la manana:
Como se sintio en la manana?
Alguna actividad extrana durante el dia?

Fecha:
Dia de la Semana:
Tiempo de siesta total durante el dia:
Hora de irse a la cama:
Tiempo que duro para dormirse:
Posicion de dormir:
Sonambulismo/ronquera o respiracion laborada:

Sudor de noche?
Tiempo que duro para despertar en la manana:
Como se sintio en la manana?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Fecha:
Dia de la Semana:
Tiempo de siesta total durante el dia:
Hora de irse a la cama:
Tiempo que duro para dormirse:
Posicion de dormir:
Sonambulismo/ronquera o respiracion laborada:

Sudor de noche?
Tiempo que duro para despertar en la manana:
Como se sintio en la manana?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Fecha:
Dia de la Semana:
Tiempo de siesta total durante el dia:
Hora de irse a la cama:
Tiempo que duro para dormirse:
Posicion de dormir:
Sonambulismo/ronquera o respiracion laborada:

Sudor de noche?
Tiempo que duro para despertar en la manana:
Como se sintio en la manana?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Fecha:
Dia de la Semana:
Tiempo de siesta total durante el dia:
Hora de irse a la cama:
Tiempo que duro para dormirse:
Posicion de dormir:
Sonambulismo/ronquera o respiracion laborada:

Sudor de noche?
Tiempo que duro para despertar en la manana:
Como se sintio en la manana?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Fecha:
Dia de la Semana:
Tiempo de siesta total durante el dia:
Hora de irse a la cama:
Tiempo que duro para dormirse:
Posicion de dormir:
Sonambulismo/ronquera o respiracion laborada:

Sudor de noche?
Tiempo que duro para despertar en la manana:
Como se sintio en la manana?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Fecha:
Dia de la Semana:
Tiempo de siesta total durante el dia:
Hora de irse a la cama:
Tiempo que duro para dormirse:
Posicion de dormir:
Sonambulismo/ronquera o respiracion laborada:

Sudor de noche?
Tiempo que duro para despertar en la manana:
Como se sintio en la manana?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Fecha:

Dia de la Semana:

Tiempo de siesta total durante el dia:

Hora de irse a la cama:

Tiempo que duro para dormirse:

Posicion de dormir:

Sonambulismo/ronquera o

respiracion laborada:

Fecha:

Dia de la Semana:

Tiempo de siesta total durante el dia:

Hora de irse a la cama:

Tiempo que duro para dormirse:

Posicion de dormir:

Sonambulismo/ronquera o

respiracion laborada:

Fecha:

Dia de la Semana:

Tiempo de siesta total durante el dia:

Hora de irse a la cama:

Tiempo que duro para dormirse:

Posicion de dormir:

Sonambulismo/ronquera o

respiracion laborada:

Sudor de noche?

Tiempo que duro para despertar en la manana:

Como se sintio en la manana?

Sudor de noche?

Tiempo que duro para despertar en la manana:

Como se sintio en la manana?

Sudor de noche?

Tiempo que duro para despertar en la manana:

Como se sintio en la manana?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Fecha:

Dia de la Semana:

Tiempo de siesta total durante el dia:

Hora de irse a la cama:

Tiempo que duro para dormirse:

Posicion de dormir:

Sonambulismo/ronquera o

respiracion laborada:

Fecha:

Dia de la Semana:

Tiempo de siesta total durante el dia:

Hora de irse a la cama:

Tiempo que duro para dormirse:

Posicion de dormir:

Sonambulismo/ronquera o

respiracion laborada:

Fecha:

Dia de la Semana:

Tiempo de siesta total durante el dia:

Hora de irse a la cama:

Tiempo que duro para dormirse:

Posicion de dormir:

Sonambulismo/ronquera o

respiracion laborada:

Sudor de noche?

Tiempo que duro para despertar en la manana:

Como se sintio en la manana?

Sudor de noche?

Tiempo que duro para despertar en la manana:

Como se sintio en la manana?

Sudor de noche?

Tiempo que duro para despertar en la manana:

Como se sintio en la manana?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Alguna actividad extrana durante el dia?

Alguna actividad extrana durante el dia?