

SAN PABLO SLEEP DISORDERS CENTER

CUESTIONARIO DEL SUEÑO

Información Personal

Nombre: _____ Sexo _____ Fecha _____
 Peso _____ Estatura _____ Fecha de Nacimiento _____

Hábitos del dormir

- | | | | | |
|---|---|------------------------|---------------------|----------------|
| 1. Turno de trabajo | Día _____ | Turnos Rotativos _____ | Noche _____ | Retirado _____ |
| 2. Hora usual de acostarse | Semana _____ | a.m / p.m. | Fin de semana _____ | a.m. / p.m. |
| 3. Hora usual de levantarse | Semana _____ | a.m. / p.m. | Fin de semana _____ | a.m. / p.m. |
| 4. Usualmente, ¿cuántas horas duerme por noche? | _____ | | | Horas |
| 5. Usualmente, ¿cuánto tiempo le toma dormirse? | _____ | | | Minutos |
| 6. ¿Tiene dificultad en quedarse dormido? | Si | No | A veces | N/A |
| 7. ¿Tiene dificultad en mantenerse dormido? | Si | No | A veces | N/A |
| 8. ¿Con que frecuencia despierta en la noche? | a. Rara vez
b. 3 o más
c. Frecuentemente | | | |
| 9. ¿Se levanta durante la noche para ir al baño? | Si | No | A veces | N/A |
| 10. ¿Cuando usted se levanta toma o come antes de regresar a la cama? | Si | No | A veces | N/A |
| 11. ¿Despierta por más de 30 minutos durante la noche? | Si | No | A veces | N/A |
| 12. ¿Duerme usted en un lugar ruidoso? | Si | No | A veces | N/A |
| 13. ¿Duerme usted con la radio o el TV encendido? | Si | No | A veces | N/A |
| 14. ¿Despierta temprano y tiene dificultad para reconciliar el sueño? | Si | No | A veces | N/A |
| | ¿Se queda en cama o se levanta? _____ | | | |
| 15. ¿Utiliza reloj despertador para despertarse en las mañanas o por cuenta propia? | _____ | | | |
| 16. ¿Se siente descansado en la mañana al levantarse? | Si | No | A veces | N/A |
| 17. ¿La calidad de su dormir le interfiere con su trabajo o vida social? | Si | No | A veces | N/A |
| 18. ¿Cuántas noches por semana tiene dificultad para dormir? | _____ | | | Noches |

Observaciones de su dormir, por usted y otros

- | | | | | |
|--|--|----|---------|-----|
| 19. ¿Le han dicho que usted ronca? | Si | No | A veces | N/A |
| | ¿Desde cuándo? _____ Años | | | |
| 20. ¿Le han dicho que deja de respirar mientras duerme? | Si | No | A veces | N/A |
| 21. ¿En qué posición usualmente duerme? | _____ | | | |
| | ¿En qué posición empeora su ronquido? _____ | | | |
| | ¿En qué posición su problema respiratorio empeora? _____ | | | |
| 22. ¿Despierta en la noche asfixiado, buscando aire? | Si | No | A veces | N/A |
| 23. ¿Despierta con dolor de cabeza? | Si | No | A veces | N/A |
| 24. ¿Le han dicho que le brincan los brazos o piernas mientras duerme? | Si | No | A veces | N/A |
| 25. ¿Tiene usted urgencia de moverse; de levantarse y estirar las piernas? | Si | No | A veces | N/A |
| 26. ¿Sufre de calambres en las piernas? | Si | No | A veces | N/A |
| 27. ¿Sufre usted de dolores musculares durante la noche? | Si | No | A veces | N/A |
| 28. ¿Sufre de pesadillas? | Si | No | A veces | N/A |
| 29. ¿Despierta usted confundido o desorientado? | Si | No | A veces | N/A |

Favor de tener acompañante de dormitorio u otra persona que le ha visto usted dormir, contestar las siguientes preguntas:

30. ¿Con que frecuencia ve usted al paciente dormir? _____
 31. ¿Que ha visto usted?

- [] Ronquido leve [] Ronquido fuerte [] Ahogo [] Gruñido [] Dejar de respirar [] Moviendo/torciendo brazos/piernas
 [] Estrillar de dientes [] Caminar dormido [] Mojar la cama [] Sentarse mientras duerme [] Morderse la lengua
 [] Gritar mientras duerme [] Despertar quejándose de dolor

32. ¿Ha visto usted al paciente dormirse durante el día o en actividades de la tarde y situaciones peligrosas? Si No

Síntomas durante el día

- | | | | | |
|---|----|----|---------|-----|
| 33. ¿Toma usted siestas? | Si | No | A veces | N/A |
| ¿Se siente descansado después de la siesta? | Si | No | A veces | N/A |
| 34. ¿Ha sido diagnosticado de Narcolepsia? | Si | No | A veces | N/A |
| 35. ¿Siente debilidad muscular o parálisis muscular cuando se ríe o está molesto? | Si | No | A veces | N/A |
| 36. ¿Ha despertado sintiéndose paralizado y sin poderse mover? | Si | No | A veces | N/A |
| 37. ¿Le han señalado o ha notado que se irrita con facilidad? | Si | No | A veces | N/A |
| 38. ¿Está teniendo usted dificultad para memorizar o concentrarse? | Si | No | A veces | N/A |
| 39. ¿Está sufriendo usted de ansiedad? | Si | No | A veces | N/A |
| 40. ¿Está sufriendo usted de depresión? | Si | No | A veces | N/A |
| 41. ¿Otros miembros de la familia tienen problemas del dormir? | Si | No | A veces | N/A |
| 42. ¿Hay historial en la familia de ronquidos o del sueño? | Si | No | A veces | N/A |

Si es afirmativo, ¿Quién? _____

(Mujeres Solamente)

43. ¿Cuándo fue su última menstruación? _____
- | | | | | |
|---|----|----|---------|-----|
| 44. ¿Nota diferencia en su dormir durante ese tiempo? | Si | No | A veces | N/A |
| 45. ¿Está en la etapa Post-menopausia? | Si | No | A veces | N/A |
| 46. ¿Toma remplazo de hormonas? | Si | No | A veces | N/A |

Escala Epworth

Esto se refiere a su estilo de vida recientemente. Aun cuando usted no ha hecho alguna de estas actividades recientemente. Use la escala siguiente para escoger el número más apropiado para cada situación. Imagine en las siguientes situaciones y haga una marca bajo el núm. de lo que usted crea que le sucede: **0=no le daría sueño**

1=le daría sueño ocasional (poco)

2=le daría sueño frecuente

3=siempre

- Sentado y leyendo.....
 Viendo TV.....
 Sentado inactivo en un lugar público (Ej. Iglesia, cine, etc.).....
 Como pasajero en un vehículo.....
 Acostándose para descansar después del mediodía.....
 Sentado y hablando con alguien.....
 Sentado calladamente después del almuerzo sin tomar alcohol...
 En un auto detenido por varios minutos en el tráfico.....

	0	1	2	3
Total				

Información Médica relacionada

47. Tiene historial de: (Marque todos los que aplican)

- Presión alta Corazón Dolor de pecho Indigestión Infección garganta Enfisema Asma COPD
 Congestión nasal/Sinusitis Despertar tosiendo Riñones Artritis Diabetes Próstata Tiroides
 Sudor nocturno Espalda Dolor muscular Hablar dormido Sonambulismo Dolor de cabeza Depresión
 Frecuencia urinaria

48. ¿Le han removido las amígdalas? Si No

49. ¿Ha tenido trauma o fractura en la cara? Si No

50. ¿Ha aumentado de peso? Si No

Si es afirmativo, _____ libras en _____ años.

51. Mencione otros problemas médicos:

52. Mencione todos los medicamentos que está tomando al momento: (recetados y no recetados)

53. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si No

Si es afirmativo, cuánto (escoja uno)

- a. rara vez
- b. 2 onzas de alcohol ó 2 cervezas diarias ó menos
- c. 4 onzas de alcohol ó 4 cervezas diarias ó menos
- d. más de 4 onzas de alcohol al día

54. ¿Usted usa?

Marihuana/Cocaína/Crack/LSD/Angel dust/Estimulantes/Sedantes Si No Si es afirmativo, ¿Con qué frecuencia?: _____

55. ¿Consume bebidas cafeinadas? Si No

Café _____ tazas/diarias

Té _____ tazas/diarias

Refrescos cafeinados _____ latas/vasos

Chocolates _____ barras/onzas

56. ¿Fuma usted? Si No

Si es afirmativo, ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuántos al día? _____

57. ¿Fumaba usted? Si No

Si es afirmativo, ¿Cuándo dejó de fumar? _____ Al rededor de ¿cuantos fumaba por día? _____

Terapias

58. ¿Ha sido usted diagnosticado de la condición de apnea del sueño? Si No

Si es afirmativo, ¿Dónde y cuándo fue hecho su estudio?

59. ¿Le han practicado cirugías, tomado medicamentos o ha recibido tratamientos para problemas relacionados con el sueño en el pasado? Si No

(Si es afirmativo responda a las preguntas del 60-63)

60. ¿Ha utilizado oxígeno para dormir? Si No

Si es afirmativo, ¿A cuántos litros? _____

61. Le han practicado cirugías par problemas relacionados al sueño en el pasado? Si No

Si es afirmativo, ¿Donde y cual procedimiento le han realizado?

62. ¿Utiliza usted CPAP o BI-PAP para dormir? Si No

Si es afirmativo, ¿A qué presión lo utiliza? _____ cm/H20

63. ¿Siente alguna diferencia al usar el CPAP/BI-PAP? Si No

Explique: _____

64. Información adicional relacionado a otros problemas médicos o del dormir:

Comentarios:

Gracias por el tiempo dedicado en responder a nuestras preguntas.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Firma de padres/Tutor/Custodio: _____

USO OFICIAL

RECORDED REVIEWED:

By staff: _____

Signature: _____

Date: _____