

**Clínica del Sueño**  
**Cuestionario para el Proveedor del Paciente**  
7030-005S MR 03/13 (translated 07/13)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico Referente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de la Oficina: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Cuáles son sus principales preocupaciones sobre el sueño? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño una evaluación previa del sueño?  No  Sí (ver más abajo)

Nombre del Hospital o Centro del Sueño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Se le ha realizado a su niño un estudio del sueño?  No  Sí, aproximadamente en que fecha: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente (incluyendo, con o sin receta médica, hierbas y suplementos dietéticos):  Ninguno

**Historial Médico Previo**

1. ¿Nació su niño prematuramente?  No  Sí, ¿con cuántas semanas de anticipación? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿hubo complicaciones?  No  Sí, explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha cambiado el peso del niño en los últimos 6 meses?  No  Sí, aumentado \_\_\_\_\_ libras  Sí, perdido \_\_\_\_\_ libras

3. ¿Le han sacado las anginas/amígdalas a su niño?  No  Sí, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido su niño alguna cirugía?  No  Sí, ¿qué tipo y a qué edad? \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene su niño algún problema médico?  No  Sí, describa: \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez ha tenido el niño que permanecer en el hospital?  No  Sí, por qué? \_\_\_\_\_

**Historial Familiar**

¿Ha tenido algún pariente *consanguíneo* (padres, abuelos, tías, tíos, hermanos, hermanas), vivo o muerto, un trastorno del sueño?  
Marque todas las que correspondan.

No  Apnea obstructiva del sueño  Narcolepsia  Síndrome de las piernas inquietas (RLS, sigla en inglés)  Movimiento periódico de las extremidades (PLM, sigla en inglés,)  Otro (describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona que Completa este Formulario

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de molde) de la Persona que Completa este Formulario

\_\_\_\_\_  
Relación con el Niño

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_ horas  
Hora

**STAFF USE ONLY/ SOLO USO DEL PERSONAL**

**Social History:** \_\_\_\_\_

**Review of Systems**

General: \_\_\_\_\_  Skin: \_\_\_\_\_

Eyes: \_\_\_\_\_  Musculoskeletal: \_\_\_\_\_

ENT: \_\_\_\_\_  Neurological: \_\_\_\_\_

Respiratory: \_\_\_\_\_  Behavioral/Mental Status: \_\_\_\_\_

Cardiovascular: \_\_\_\_\_  Hematologic/Lymphatic: \_\_\_\_\_

Gastrointestinal: \_\_\_\_\_  Allergic/Immunologic: \_\_\_\_\_

Genitourinary: \_\_\_\_\_  Endocrine/Growth: \_\_\_\_\_

See review of systems dated \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Reviewed with patient/family.  All Other Systems Negative

Reviewed By: \_\_\_\_\_ Signature Title \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hours  
Date Time

## Cuestionario sobre los Hábitos del Sueño de los Bebés y Niños Pequeños (Frente)

7030-006S MR 03/13 (translated 07/13)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Piense sobre como durmió su niño durante las últimas **2 semanas**, y conteste las siguientes preguntas.**1. ¿Dónde duerme su niño la mayoría del tiempo?**

- Cuna    Moisés    Su propia cama (cualquier tamaño)    Asiento Infantil    La cama de los padres (cualquier tamaño)  
 Columpio    Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**2. ¿En qué posición duerme su niño la mayoría del tiempo?**

- Bocabajo    En su lado    En su espalda

**3. ¿Qué hace sus niño normalmente en la mayoría de las noche antes de acostarse? (Marque todas las que correspondan).**

- Bañarse    Leer libros o que se los lean    Mirar televisión    Que lo mezan    Decir oraciones  
 Masajes    Tomar un biberón o bebida o lactar    Correr por todos lados    Cepillarse los dientes    Acurrucarse  
 Jugar    Comer la cena o un aperitivo    Escuchar música    Cantar canciones  
 Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**4. ¿Cómo se queda dormido su niño la mayor parte del tiempo? (Marque todas las que corresponden)**

- Mientras está en brazos    Mientras se le da de lactar    En su cuna o cama solo en la habitación  
 Mientras se le da el biberón    Mientras mira televisión    En su cuna o cama con uno de los padres en la habitación  
 Mientras se le mece    En cama de los padres y solo en la habitación    En otra habitación de la casa (como la sala)  
 En un columpio o carriola    En cama de los padres con uno de los padres en la habitación  
 Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**5. ¿En una semana típica de 7 días, ¿con qué frecuencia tiene su niño exactamente la misma rutina antes de dormir?**

- Nunca    1-2 noches por semana    3-4 noches por semana    5-6 noches por semana    Cada noche

**6. ¿A qué hora normalmente comienza la rutina para dormir de su niño? \_\_\_\_\_****7. ¿A qué hora normalmente acuesta a su niño en la noche (hora que se apaga la luz)? \_\_\_\_\_****8. Por lo general, ¿qué tan difícil es la hora de acostarse para su niño (por ejemplo, quejarse, llorar, reclamar)?**

- Muy fácil    Un poco fácil    Ni fácil ni difícil    Un poco difícil    Muy difícil

**9. ¿Cuánto tiempo normalmente le toma a su niño quedarse dormido? (Ejemplo: Si usted pone a su hijo a dormir a las 9:00 p.m. y el niño se queda dormido a las 9:15 p.m., le tomó 15 minutos para que su niño se quedara dormido).**

- Menos de 5 minutos    5-15 minutos    16-30 minutos    31-60 minutos    Más de 1 hora

**10. ¿Cuántas veces, si alguna vez, tiene su niño dificultad para conciliar el sueño?**

- Todas las noches    5-6 noches por semana    3-4 noches por semana    1-2 noches por semana  
 1-3 noches al mes    Menos de una vez al mes    Nunca

**11. ¿Cuántas veces normalmente su niño despierta durante la noche? \_\_\_\_\_****12. ¿Con qué frecuencia, si alguna vez, su niño despierta durante la noche?**

- Todas las noches    5-6 noches por semana    3-4 noches por semana    1-2 noches por semana  
 1-3 noches al mes    Menos de una vez al mes    Nunca

## Cuestionario sobre los Hábitos del Sueño de los Bebés y Niños Pequeños (Atrás)

7030-006S MR 03/13 (translated 07/13)

**13. Cuando su niño se despierta durante la noche, ¿qué hace usted? (Marque todas las que correspondan)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tomo a mi niño lo abrazo/mezo hasta que el niño se quede dormido.<br><input type="checkbox"/> Tomo a mi niño y lo pongo de vuelta mientras el niño aún está despierto.<br><input type="checkbox"/> Dejo que mi niño lllore y que vuelva a quedarse dormido por si solo.<br><input type="checkbox"/> Le doy a mi niño unos pocos minutos y veo si se vuelve a dormir.<br><input type="checkbox"/> Juego con mi niño hasta que está listo para volver a dormir.<br><input type="checkbox"/> Miro televisión o un video con mi niño hasta que se queda dormido.<br><input type="checkbox"/> Masajeo o acaricio a mi niño, pero no lo tomo o saco de la cuna o cama.<br><input type="checkbox"/> Consuelo a mi niño verbalmente, pero no lo tomo o saco de la cuna o cama.<br><input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Le doy un biberón para que se vuelva a dormir.<br><input type="checkbox"/> Le doy de lactar para que se vuelva a dormir.<br><input type="checkbox"/> Le pongo un chupón.<br><input type="checkbox"/> Le cambio el pañal a mi niño.<br><input type="checkbox"/> Llevo a mi niño a mi cama.<br><input type="checkbox"/> Le canto a mi niño. |
|--|--|

**14. En una noche típica, ¿cuánto tiempo en total está su niño despierto durante la NOCHE?** (Ejemplo: Si su hijo se despertó dos veces, y estuvo despierto durante unos 15 minutos cada vez, el tiempo total que su hijo estuvo despierto sería 30 minutos)

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**15. En una noche típica, ¿cuál es el período más largo de tiempo que el niño está dormido sin despertar durante la noche?**

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**16. ¿Cuánto tiempo en total pasa su niño durmiendo durante la NOCHE** (entre las 7:00 p.m. y las 8:00 a.m.)?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**17. ¿Cuántas siestas toma su niño durante un DÍA típico** (entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m.)? \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**18. ¿Cuánto tiempo pasa su niño durmiendo durante el DÍA** (entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m.)? \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**19. ¿Qué tan bien duerme su niño en la noche? (Marque uno).**

- Muy bien  
  Bien  
  Más o menos bien  
  Más o menos mal  
  Mal  
  Muy mal

**20. ¿Considera que el sueño de su niño es un problema?**

- Un problema muy serio  
  Un pequeño problema  
  Ningún problema

**21. ¿Hace su niño algo de los siguientes?**

	<u>Nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>Ocasionalmente</u>	<u>A Menudo</u>	<u>Siempre</u>
Ronca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duerme con la boca abierta y respira fuerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace una pausa en la respiración, se atraganta/jadea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suda excesivamente cuando duerme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patea o sacude los brazos o piernas durante el sueño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se mueve y da vueltas mientras duerme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se despierta gritando, desconociendo lo que lo rodea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona que Completa este Formulario

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de molde) de la Persona que Completa este Formulario

\_\_\_\_\_  
Relación con su Niño

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_ horas  
Hora

**STAFF USE ONLY / SOLO USO DEL PERSONAL**

- Less than 9 hours total sleep time  
  More than 1 hour total wake time at night  
  More than 3 awakenings

Reviewed By: \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ hours \_\_\_\_\_ Time