

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 _____ Date ____/____/____ hours Time

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Por favor conteste las preguntas en las páginas siguientes en relación con el comportamiento de su niño durante el sueño y la vigilia. Las preguntas se aplican a cómo su niño se comporta en general, no necesariamente durante los últimos días, ya que éstos no pueden haber sido típico si su hijo no ha sido así. Si no está seguro de cómo responder a cualquier pregunta, por favor no dude en preguntar a su esposo o esposa, hijo o médico en busca de ayuda. Usted deberá hacer un círculo la respuesta correcta o imprimir sus respuestas de forma ordenada en el espacio proporcionado. Una "S" significa "sí", "N" significa "no", y "NS" significa "no sé." Cuando vea la palabra "normalmente" que significa "más de la mitad del tiempo" o "el más de la mitad de las noches".

A. CONDUCTA DURANTE LA NOCHE Y MIENTRAS DUERME:		No rellene este cuadro
Quando duerme su hijo/a.....		
... ronca alguna vez?	S N NS	A1
... ronca más de la mitad del tiempo?	S N NS	A2
... ronca siempre?	S N NS	A3
... ronca de forma ruidosa?	S N NS	A4
... tiene una respiración ruidosa o profunda?	S N NS	A5
... tiene problemas o dificultad para respirar?	S N NS	A6
ALGUNA VEZ...		
... ha visto a su hijo parar de respirar por la noche?	S N NS	A7
Si es así, por favor describa lo que ocurrió		
... ha estado preocupado por la respiración de su hijo durante el sueño?	S N NS	A8
... ha tenido que mover o sacudir a su hijo mientras estaba durmiendo para conseguir que respire o se despierte y vuelva a respirar?	S N NS	A9
... ha visto a su hijo despertarse con un bufido?	S N NS	A11
SU HIJO ...		
... tiene un sueño inquieto?	S N NS	A12
... refiere inquietud o desasosiego en las piernas cuando está en la cama?	S N NS	A13
... tiene dolores de crecimiento (dolor de piernas sin causa clara)?	S N NS	A13a
... tiene dolores de crecimiento que empeoran cuando está en la cama?	S N NS	A13b
MIENTRAS SU HIJO DUERME, HA VISTO ALGUNA VEZ...		
... pequeñas patadas en una o ambas piernas?	S N NS	A14
... patadas repetidas o sacudidas de las piernas con intervalos regulares (p. ej., cada 20 o 40 s)?	S N NS	A14a
POR LA NOCHE, SU HIJO HABITUALMENTE ...		
... suda o moja los pijamas por la transpiración?	S N NS	A15
... se levanta de la cama (por el motivo que sea)?	S N NS	A16

... se levanta de la cama para orinar?	S N NS	A17
Si es así, ¿cuántas veces lo hace por la noche por término medio?	<u> </u> n.º de veces	A17a
Su hijo duerme habitualmente con la boca abierta?	S N NS	A21
Su hijo tiene habitualmente la nariz congestionada o tapada durante la noche?	S N NS	A22
Su hijo tiene algún tipo de alergia que le dificulte respirar por la nariz?	S N NS	A23
SU HIJO...		
... tiene tendencia a respirar con la boca abierta durante el día?	S N NS	A24
... tiene la boca seca cuando se despierta por las mañanas?	S N NS	A25
... tiene molestias en el estómago por las noches?	S N NS	A27
... tiene sensación de quemazón en la garganta por la noche?	S N NS	A29
... le rechinan los dientes por la noche?	S N NS	A30
...de vez en cuando moja la cama?	S N NS	A32
Alguna vez su hijo ha caminado mientras dormía (sonambulismo)?	S N NS	A33
Alguna vez ha oído hablar a su hijo cuando está durmiendo?	S N NS	A34
Tiene su hijo pesadillas una o más veces por semana (por término medio)?	S N NS	A35
Alguna vez su hijo se ha despertado chillando por la noche?	S N NS	A36
Alguna vez su hijo, se ha movido o comportado de una forma que a Vd. le ha hecho pensar que no estaba ni completamente dormido ni despierto? Si es así, describa qué ocurrió:	S N NS	A37
Le cuesta a su hijo dormirse por las noches?	S N NS	A40
Cuánto tiempo tarda su hijo en dormirse por las noches? (aproximadamente)	<u> </u> minutos	A41
A la hora de irse a dormir, ¿tiene su hijo "rutinas" o "rituales" problemáticos, discute mucho o se porta mal?	S N NS	A42
SU HIJO ...		
... golpea su cabeza contra algo o balancea su cuerpo cuando está durmiéndose?	S N NS	A43
... se despierta más de dos veces por noche (por término medio)?	S N NS	A44
... si se despierta por las noches, le cuesta volverse a dormir?	S N NS	A45

... se despierta muy temprano por las mañanas y le cuesta volverse a dormir?	S N NS	A46
La hora a la que se acuesta su hijo, cambia mucho de un día para otro?	S N NS	A47
Se levanta cada día a una hora diferente?	S N NS	A48
A QUÉ HORA SU HIJO, HABITUALMENTE ...		
... se acuesta entre semana?		A49
... se acuesta los fines de semana o en vacaciones?		A50
... se levanta entre semana?		A51
... se levanta los fines de semana o en vacaciones?		A52

B. Conducta durante el día y otros problemas posibles::		Office Use Only
SU HIJO ...		
... se despierta cansado por las mañanas?	S N NS	B1
... se va durmiendo durante el día?	S N NS	B2
... se queja de que tiene sueño durante el día?	S N NS	B3
Su profesor o cualquier otro cuidador le ha comentado alguna vez que su hijo parece que esté dormido durante el día?	S N NS	B4
Su hijo duerme la siesta durante el día?	S N NS	B5
Le cuesta despertar a su hijo por la mañana?	S N NS	B6
Su hijo se queja de dolor de cabeza por las mañanas, cuando se despierta?	S N NS	B7
Su hijo se queja de dolor de cabeza, como mínimo una vez al mes como media?	S N NS	B8
Alguna vez su hijo, desde que nació, ha tenido un "parón" en su crecimiento? Si ha sido así, describa qué ocurrió:	S N NS	B9
Su hijo conserva todavía sus amígdalas? Si no, ¿cuándo y por qué fue operado de amígdalas?:	S N NS	B10
ALGUNA VEZ SU HIJO ...		
ha tenido algún problema médico que le causara dificultad para respirar?	S N NS	B11

Si es así, por favor descríballo:		
... ha sido operado de algo?	S N NS	B12
Si ha sido operado, ¿tuvo algún problema respiratorio antes, durante o después de la operación?	S N NS	B12a
... ha tenido de forma repentina debilidad en las piernas o en alguna otra parte después de reírse o de haber sido sorprendido por algo?	S N NS	B13
... ha tenido la sensación de no poder moverse durante un período corto de tiempo, estando en la cama, a pesar de estar despierto y estar viendo lo que había a su alrededor?	S N NS	B15
Ha sentido alguna vez su hijo una necesidad irresistible de dormir una siesta, teniendo incluso que dejar de hacer lo que estaba haciendo con tal de poder dormir?	S N NS	B16
Ha tenido alguna vez su hijo la sensación de estar soñando (ver imágenes o escuchar sonidos) mientras estaba despierto?	S N NS	B17
Su hijo bebe bebidas con cafeína en un día normal (cola, café o té)?	S N NS	B18
Si es así, ¿cuántas tazas o latas toma al día?	_____	B18a
	Tazas/latas	
Su hijo consume algún tipo de droga?	S N NS	B19
Si es así, ¿cuáles y con qué frecuencia?:		
Su hijo fuma? Si es así, ¿cuántos cigarrillos fuma al día por día?:	S N NS	B20
Su hijo tiene sobrepeso (pesa más de lo normal para su edad)?	S N NS	B22
Si es así, ¿a qué edad empezó a ocurrirle?	_____	B22a
	años	
¿Alguna vez algún doctor le ha dicho que su hijo tiene el paladar (el techo de la boca) arqueado?	S N NS	B23
Ha tomado alguna vez su hijo rubifén por problemas de conducta?	S N NS	B24
Alguna vez algún profesional le ha dicho que su hijo padece déficit de atención o déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?	S N NS	B25

GRACIAS!

PDSS Cuestionario (Para ser completado por el paciente)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Escoge una respuesta por pregunta.

1. **¿Con que frecuencia te quedás dormido/a o te da sueño durante las horas de clase?**

Siempre Frecuentemente Casi A veces Nunca

2. **¿Con que frecuencia te quedás dormido/a o te da sueño mientras haces la tarea?**

Siempre Frecuentemente Casi A veces Nunca

3. **¿Estas atento/a o alerta la mayor parte del día?**

Siempre Frecuentemente Casi A veces Nunca

4. **¿Con que frecuencia te sentís cansado y de mal humor durante el día?**

Siempre Frecuentemente Casi A veces Nunca

5. **¿Con que frecuencia te cuesta levantarte de la cama a la mañana?**

Siempre Frecuentemente Casi A veces Nunca

6. **¿Con que frecuencia te volvés a quedar dormido después de que te despertaron a la mañana?**

Siempre Frecuentemente Casi A veces Nunca

7. **¿Con que frecuencia necesitás que alguien te despierte por la mañana?**

Siempre Frecuentemente Casi A veces Nunca

8. **¿Con que frecuencia sentís que necesitás dormir más tiempo?**

Siempre Frecuentemente Casi A veces Nunca