

Cuestionario de Sueño

Hàbitos de Vida y Trabajo

1. ¿Usted fuma o utiliza otras formas de tabacco? SÌ NO
Si sÌ, ¿qué formas de tabacco utiliza? _____ ¿Cuánto consume por día? _____
2. ¿Usted hace ejercicio? SÌ NO
¿Si sÌ, con qué frecuencia? RARA VEZ A MENUDO DIARIAMENTE
3. Describa lo que es su trabajo y que horas trabaja _____

4. ¿Cual es la queja primaria que tiene con respeto a su sueño? _____

5. ¿Por qué le mandò su Doctor para hacer este studio? _____

6. ¿Usted toma bebidas con cafeina? _____

- 6a. Si sÌ, ¿Cuanto toma por día y que tipos de bebidas toma? _____

7. ¿Usted toma bebidas alcoholicas? _____

- 7a. Si sÌ, ¿Cuantas bebidas toma por día y que tipos de bebidas toma? _____

Problemas Durmiéndose

1. ¿Usted a veces tiene problemas relajándose y sintiéndose listo para dormir? SÌ NO
2. ¿Usted se escucha, se ve, o se siente cosas que parecen reales, pero no son, cuando comienza a dormir?
Por ejemplo: Escucha una voz o se siente que alguien està el cuarto. SÌ NO
3. ¿Usted siente que no puede dormir a Causa de muchos pensamientos cuando se acuesta? SÌ NO
4. ¿Usted siente que no puede dormir a causa del dolor, la molestia, o el incomodez? SÌ NO

Hàbitos de Cama

¿Usted hace lo siguiente en la cama? Marque todo que aplica:

- Mirar la Televisiòn Preocuparse Escribir Mirar el reloj
 Leer Tener discusiones Comer Nada que hemos listado

Hàbitos de Sueño

1. ¿Cuanto tiempo le toma para quedar dormido? _____ HORAS _____ MINUTOS
2. ¿Cuanto horas duerme por noche? _____ HORAS _____ MINUTOS
3. Marque las posiciones en las cuales no se puede dormir. LA ESPALDA LOS COSTADOS EL ESTÒMAGO
¿por qué? _____

4. ¿A veces usted se olvida acontecimientos o dònde ha puesto artículos? SÌ NO
5. ¿Alguna vez usted se ha sentido dèbil cuando se estaba riendo, enojàndose, o sintièndose triste?
Por ejemplo: Rièndose despuès de un chiste y de repente se siente muy dèbil. SÌ NO
6. ¿Usted se siente cansado durante el dia? SÌ NO
7. ¿Normalmente, usted necesita una siesta durante el dia? SÌ NO
- 7a. ¿Cuando usted toma una siesta, se siente refrescado despuès? SÌ NO

Problemas Durante Sueño

1. ¿Usted se despierta y le cuesta para volver a dormir? SÌ NO
2. ¿Usted se despierta temprano y no se puede volver a dormir? SÌ NO
3. ¿Usted mira el reloj con frecuencia cuando està en la cama? SÌ NO
4. ¿Usted se siente que no se puede dormir a causa del dolor de las piernas o los brazos? SÌ NO
5. ¿Alguna vez usted ha caminado cuando estababa durmiendo? SÌ NO
6. ¿Usted tiene pesadillas? SÌ NO
7. ¿Usted tiene una historia de urinar en la cama?
¿Cuando era niño o Adulto? SÌ NO
 NIÑO ADULTO
8. ¿Usted mastica o rechina los dientes cuando està durmiendo?
Si sÌ, ¿Utiliza algo para prevenirlo? SÌ NO
 SÌ NO
9. ¿Alguna vez usted ha tirado las cobijas o se ha caído de la cama? SÌ NO
10. ¿Alguna vez usted ha pateado o pegado a su compañoero de cama mienrtas que dormìa,
o se ha dañado a si mismo mientras dormìa? SÌ NO
11. ¿Usted se ha despertado gritando alguna vez? SÌ NO
12. ¿Usted ronca? SÌ NO
13. ¿Alguien le ha dicho que usted deje de respirar cuando està durmiendo? SÌ NO

Problemas después de Despertar

- 1. ¿Usted se despierta con dolor de cabeza? Sí NO
- 2. ¿Algún vez usted se ha despertado confundido o desorientado? Sí NO
- 3. ¿Algún vez usted se ha despertado y sentía que está despierto pero no se puede mover? Sí NO
- 4. ¿Usted se siente muy cansado cuando se despierta? Sí NO

Somnolencia

Selecto por favor los números abajo (a la derecha) para indicar caùn cansado es usted en estas situaciones.

El índice: 0. Nunca dormiría 1. De vez en cuando duermo 2. Muchas veces duermo 3. Sí, dormiría

	0	1	2	3
1. Sentado y leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mirando la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentado inactivo en un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Come pasajero en un coche por una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acostándose en la tarde para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentado y hablando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sentado calladamente después de almuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En un coche, mientras que está parado en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disturbios Del Sueño

Selecto por favor todo lo que interrumpe su sueño. Muchas veces mi sueño es interrumpido a causa de:

- Nada
- El asma
- Dolor de cabeza
- El dolor
- Compañero de cama
- Jadeando para el aire (falta de aire)
- La necesidad de urinar
- El ruido
- El seno o Resfrío
- Nàusea
- El hambre
- Animales de casa
- Los niños
- La indigestión
- El èstress
- Molestia de las piernas
- Pesadillas
- La sed
- Respiraciones cortas

Historia Clínica

Selecto por favor los que aplican:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Epilèpticos | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> La depresiòn |
| <input type="checkbox"/> La presiòn alta de sangre | <input type="checkbox"/> Embolios | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cirugia para apnea de sueño (sleep apnea) | <input type="checkbox"/> Ataques de pànico | <input type="checkbox"/> Gastritis (gerd) |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los senos | <input type="checkbox"/> Cirugia de la nariz o garganta | <input type="checkbox"/> Diabetes |

Historia Familiar de Desordenes de Sueño

Describe abajo los desordenes de sueño que hay en su familia. Si no sabe exactamente qué es describalo no más.

Medicinas

Escriba abajo todas las medicinas prescritas que està tomando.

Escriba abajo todas las medicinas que no son prescritas por un doctor que ha tomado en los últimos 48 horas.

Conocimiento de Desordenes de Sueño

¿ Còmo averiguò que sea posible que tenga un desorden de sueño? Selecto por favor los que aplican:

- El doctor Radio Periòdico Revista El internet Familia Amigo