

# Sleep Disorders Center of Santa Maria

## Formulario de Sueño

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Oficio: \_\_\_\_\_ Horas de Trabajo/Diaz: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Por favor completa el siguiente formulario, relleno los espacios en blanco y colocando una marca en las áreas apropiadas.

### Mi queja principal del sueño es:

Dificultad dormiendo Desde cuando meses/años? \_\_\_\_\_ 2qw

Cansancio durante el dia Desde cuando meses/años? \_\_\_\_\_

Ronquidos Desde cuando meses/años? \_\_\_\_\_

Comportamientos no deseados durante el sueño, explique  
\_\_\_\_\_

Otro, explique \_\_\_\_\_

### Costumbres del sueño:

Dias de Trabajo

Dias de Descanso

La hora típica de acostarse: \_\_\_\_\_ a.m./p.m. \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Cantidad de tiempo que se tarda en dormir: \_\_\_\_\_

Número de veces que se despierta por la noche: \_\_\_\_\_

Anote actividades que hace cuando se despierta durante la noche (usar el baño, comer, mirar la tele, etc.):  
\_\_\_\_\_

Típica cantidad de tiempo para volver a dormir después de despertar  
\_\_\_\_\_

Hora cual se despierta: \_\_\_\_\_ a.m./p.m. \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

# Sleep Disorders Center of Santa Maria

---

Tiempo deseado para despertar: \_\_\_\_\_ a.m./p.m. \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

¿Cómo se despierta usualmente?  
(con despertador/alarma, ect.)

\_\_\_\_\_

Horas total de sueño:

\_\_\_\_\_

Por favor, marque todas de las siguientes afirmaciones que son ciertas acerca de su sueño:

## **Hábitos del sueño:**

- Yo miro televisión o leo en la cama antes de dormir
- Viajo a través de dos o más zonas horarias
- Tomo alcohol antes de acostarme
- Fumo antes de acostarme o cuando me despierto durante la noche
- Como un bocadillo antes de acostarme
- Puedo comer cuando me despierto durante la noche
- Usualmente me despierto para ir al baño en la noche
- Tengo problemas para iniciar el sueño
- Con frecuencia me despierto durante la noche
- No puedo volverme a dormir si me despierto durante la noche
- Tengo pensamientos que empiezan a correr por mi mente cuando trato de dormir
- Me levanto temprano en la mañana, y todavía estoy cansado, pero no pueden volver a dormir
- Tengo pesadillas
- Siento una sensación progresiva de hormigueo en las piernas al iniciar el sueño
- Sudo mucho cuando duermo
- No puedo dormir en mi espalda

## **Respiracion**

- Me han dicho que paro de respirar cuando duermo
- Me despierto en la noche ahogado, asfixiado o con falta de aire
- Me han dicho que ronco
- Me han dicho que ronco solamente cuando duermo de espalda
- Me han despertado mis propios ronquidos

## **Inquietudes**

- Tengo sentimientos desagradables en las piernas y / o los brazos cuando me acuesto por la noche
- Tengo que mover las piernas o caminar para aliviar las sensaciones incómodas en las piernas
- Yo tengo el sueño perturbado
- Me han dicho que muevo las piernas y / o brazos durante el sueño
- Tengo dificultades para dormir debido a los movimientos de la pierna
- Hablo durante mi sueño
- Camino durante mi sueño

# Sleep Disorders Center of Santa Maria

---

- Muelo mis dientes en mi sueño

## **La somnolencia durante el día**

- Tomo siestas durante el día
- Tengo una tendencia a quedarme dormido/a durante el día
- He tenido "desmallos" o períodos en que no puedo recordar lo que acaba de suceder
- He quedado dormido/a mientras conduce
- He tenido accidentes automovilísticos como consecuencia de quedarme dormido/a al volante
- Me quedo dormido/a viendo televisión
- Me quedo dormido/a durante conversaciones
- Me quedo dormido/a en situaciones sedentarias
- Tengo malos grados en la escuela a causa de la somnolencia
- He tenido lesiones como consecuencia de la somnolencia
- He tenido debilidad muscular ha causa de emociones como la risa, el enojo o sorpresa
- He tenido una incapacidad para moverme mientras que duermo o al despertar
- He tenido alucinaciones o sonidos dormientos al quedarme dormido/a o al despertar
- Tomo bebidas con cafeína durante el día: \_\_\_\_\_ tazas/botellas/al día

## **Historia Social**

- Duermo solo/a
- Comparto la cama con alguien
- Comparto el cuarto con alguien, pero tenemos camas separadas
- Vivo con alguien en la misma casa, pero cuartos separados

## **Situación laboral**    Empleado    Desempleado    Jubilado/a

- Mi trabajo requiere la conducción de un vehículo
- Yo trabajo con maquinaria o sustancias peligrosas
- Yo soy un trabajador/a por turnos en turnos rotativos
- Yo soy un trabajador/a de un tercer cambio permanente o de largo plazo
- Soy un estudiante

## **Historia Medica**

### **Estadísticas Vitales**

Que es su:      Estatura? \_\_\_\_\_      Peso? \_\_\_\_\_ libras

Que era su estatura hace un año? \_\_\_\_\_ libras      Hace cinco años? \_\_\_\_\_ libras

**Alergias:** \_\_\_\_\_

### **Historia de evaluación y tratamiento del sueño**

- He tenido una evaluación de los trastornos del sueño anterior
- He tenido un estudio del sueño en el pasado

## Sleep Disorders Center of Santa Maria

---

- He tenido un estudio de sueño durante el día
- Me han recetado una maquina de CPAP para uso en mi casa
- He tenido el tratamiento quirúrgico para los trastorno del sueño
- Ya he sido recetado medicamento para trastorno de sueño
- Ya he sido tratado por un trastorno del sueño

### **Historia Medica**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta pression                       | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón            | <input type="checkbox"/> Sordera                            |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Deprecion o ansiedad severa        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del estomago o colon   | <input type="checkbox"/> Alcoholismo                        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los pulmones/asthma | <input type="checkbox"/> La dependencia química o abuso     |
| <input type="checkbox"/> Acidez estomacal                    |   |
| <input type="checkbox"/> La fibromialgia                     | <b><u>Female</u></b>  |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular           | <input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual              |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento             | <input type="checkbox"/> Menopausia                         |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                        |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la espalda (artritis) | <b><u>Male</u></b>  |
| <input type="checkbox"/> Cancer                              | <input type="checkbox"/> Enfermedades de prostata           |
| <input type="checkbox"/> Tiroides                            | <input type="checkbox"/> La disfunción eréctil / impotencia |

### **Marque cualquiera de los siguientes síntomas que ha tenido en los últimos 12 meses:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes          | <input type="checkbox"/> acidez estomacal frecuente / indigestión             |
| <input type="checkbox"/> Desmallos                             | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                                      |
| <input type="checkbox"/> Perdida de vista                      | <input type="checkbox"/> estreñimiento frecuentes                             |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para hablar               | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente                                    |
| <input type="checkbox"/> Sordera o sumbidos en los oidos       | <input type="checkbox"/> Rectal sangrado / escremento negro                   |
| <input type="checkbox"/> Ronquera por más de 2-4 semanas       | <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar / incontinencia               |
| <input type="checkbox"/> Las hemorragias nasales               | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina                                   |
| <input type="checkbox"/> Tos por mas de 2-4 semanas            | <input type="checkbox"/> Orinar más de 2 veces por noche                      |
| <input type="checkbox"/> Tos con sangre                        | <input type="checkbox"/> Dolor en articulaciones o huesos                     |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar              | <input type="checkbox"/> Sangrado o moretones inusuales                       |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies o los tobillos  | <input type="checkbox"/> Epilepsy / convulsiones                              |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho, opresión o presión | <input type="checkbox"/> Cambio en la verruga, lunar o crecimiento de la piel |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso más de 5-10 libras.   | <input type="checkbox"/> Dificultad para pasar comida/liquidos                |

## Sleep Disorders Center of Santa Maria

---

**Por favor marque el número que mejor se aplica a su vida en los últimos 6 meses.**

Clave de respuestas: **1** – Nunca      **2**- Raramente    **3** – A veces      **4** – Usualmente    **5** – Siempre

Tengo problemas para iniciar el sueño	1	2	3	4	5
Despierto seguido durante la noche	1	2	3	4	5
Al acostarme, tengo pensamientos que corren por mi mente	1	2	3	4	5
Al acostarme, me siento triste o deprimido/a	1	2	3	4	5
Al dormirme, me siento paralizado/a (sin poder moverme)	1	2	3	4	5
Al dormirme, tengo las piernas inquietas (sensaciones de dolor, o la imposibilidad de mantener las piernas quietas)	1	2	3	4	5
Si me despierto durante la noche, tengo problemas volver a dormir a causa de las piernas inquietas	1	2	3	4	5
Me despierto de repente sin aliento, sin poder respirar	1	2	3	4	5
Por la noche mi corazón late rápidamente, o irregular	1	2	3	4	5
Sudo mucho por la noche	1	2	3	4	5
Mi sueño es perturbado por la tristeza o la depresión	1	2	3	4	5
Tengo muchas pesadillas (sueños espantosos)	1	2	3	4	5
Me siento incapaz de moverme (parálisis) después de una siesta	1	2	3	4	5
Tengo alucinaciones cuando me despierto en la mañana, aunque yo se que no estoy dormido/a	1	2	3	4	5
He dormido por varios días a la vez, o por lo menos he tenido demasiado sueño durante mucho tiempo	1	2	3	4	5
He perdido el sueño por varios días a la vez	1	2	3	4	5
Siento que tengo insomnio	1	2	3	4	5
Tengo mucho sueño durante el día y me esfuerzo para mantenerme despierto/a	1	2	3	4	5
En los ultimos 6 meses me he dormido mientras que como, hablo con alguien, leyendo, o mirando la tele	1	2	3	4	5

## Sleep Disorders Center of Santa Maria

---

Tengo dificultad haciendo mi trabajo a cause del sueño o cansancio	1	2	3	4	5
Tengo que dejar que otra persona conduzca el coche porque estoy Demasiado/a cansado/a o con mucho sueño	1	2	3	4	5
Tengo alucinaciones antes o despues de tomar una siesta sin embargo, estoy seguro de que estoy despierto/a cuando se producen	1	2	3	4	5
Me siento incapaz de moverme (parálisis) cuando estoy despertando en la mañana	1	2	3	4	5
A veces me doy cuenta de que he llevado mi coche en el lugar equivocado y no me acuerdo como llegue a ese lugar	1	2	3	4	5
Tengo 'rodillas débiles "cuando me río	1	2	3	4	5
Tengo debilidad derepente en los muscular (o incluso paralysis o incapacidad de moverme) cuando me rio, enojo, o en situaciones de grandes emociones	1	2	3	4	5
Mi deseo o interés en el sexo es menos de lo que era	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho/a con las relaciones amorosas en mi vida	1	2	3	4	5
He considerado o intentado suicidarme	1	2	3	4	5
Alguien en mi familia ha sido hospitalizado por una enfermedad psiquiátrico o ataque de nervios	1	2	3	4	5
Yo fumo entre dos horas antes de acostarme	1	2	3	4	5
Tengo problemas respirando por mi nariz cuando estoy tratando de dormir (alergias, infecciones)	1	2	3	4	5
Mis ronquidos o problemas de sueño es mucho mas peor cuando duermo en mi espalda	1	2	3	4	5
Mis ronquidos o problemas de sueño es mucho mas peor despues de tomar bebidas alcolicas	1	2	3	4	5

# Sleep Disorders Center of Santa Maria

---

## FORMULARIO PARA LA PAREJA

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Indique si alguna de las siguientes conductas que usted ha observado que el paciente hace durante el sueño:

- Ronquidos fuertes
- Ronquidos lijeros
- Movimientos de las piernas o brazos
- Para de respirar
- Muele los dientes
- Habla mientras que esta dormido/a
- Camina mientras que esta dormido/a
- Se orina en la cama
- Sentado/a en la cama mientras aún dormía
- Golpeando o moviendo la cabeza
- Patiando las piernas
- Levantandose mientras que este aun dormido/a
- Mordindose la lengua
- Llegando a ser muy rígido/a y / o tembloroso/a

¿Cuánto tiempo ha estado al tanto del comportamiento de su pareja?

---

---

---

---

Describe el comportamiento (s) marcado arriba con más detalle. Incluya una descripción de la actividad, el tiempo durante la noche cuando se produce, ¿cuántas veces durante la noche? y si se produce cada noche.

---

---

---

---

Si usted ha oído los ronquidos, describa con más detalle. Incluye descripciones de las pausas en la respiración.

---

---

---

---

# Sleep Disorders Center of Santa Maria

---

## **EPWORTH SLEEPINESS SCALE** **La escala de sueño de Epworth**

Que es la posibilidad que se va a dormir en las siguientes situaciones, en contraste de solo tener sueño? Refiere a su modo de vida normal, aunque no ha hecho algunas actividades recientemente.

- *Use la siguiente escala; escoja el número apropiado para cada situación:*

- 0 = no me dormiría
- 1 = una posibilidad pequeña que me voy a dormir
- 2 = una posibilidad moderada que me voy a dormir
- 3 = una posibilidad alta que me voy a dormir

### **Situación**

### **Posibilidad de dormirse**

Sentado y leyendo \_\_\_\_\_

Mirando la tele \_\_\_\_\_

Sentado, sin movimiento en un lugar publico  
(ejemplo: en el cine o en una junta) \_\_\_\_\_

Como pasajero en un coche, mas de una hora sin descanso \_\_\_\_\_

Acostado para descansar en la tarde cuando permiten las circunstancias \_\_\_\_\_

Sentado y hablando con alguien \_\_\_\_\_

Sentado en silencio después del almuerzo, sin alcohol \_\_\_\_\_

En un coche, cuando ha parado el tráfico por uno momentos \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_