Nombre(Primer):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Inicial)\_\_\_ (Apellido)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad:\_\_\_\_\_ Peso:\_\_\_\_\_ Estatura:\_\_\_\_\_Tamaño de Cuello:\_\_\_\_\_in. Ocupacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESCALA DE SOMNOLENCIA** **EPWORTH (0 – 3)**

 **0 = Nunca se siente con sueño**

 **1 = leve posibilidad de estar adormecido**

 **2 = moderada probabilidad de estar adormecido**

 **3 = alta probabilidad de sueño**

 **SITUACIÓN PROBABILIDAD DE**

 **QUEDARME DORMIDO**

Sentado(a) y leer \_\_\_\_\_\_\_\_

Viendo la televisión \_\_\_\_\_\_\_\_

Inactivo en un lugar público (reunión, teatro \_\_\_\_\_\_\_\_

Como pasajero en un coche durante una hora sin un descanso \_\_\_\_\_\_\_\_

Acostado a descansar por la tarde, cuando las circunstancias lo permitan \_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado(a) hablando con alguien \_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado(a) tranquilamente después de comer almuerzo sin alcohol \_\_\_\_\_\_\_\_

En el coche mientras se detiene durante unos minutos en tráfico \_\_\_\_\_\_\_\_

  **Total de Puntos \_\_\_\_\_\_\_\_**

***Por favor, complete el siguiente cuestionario rellenando los espacios en blanco y marcar las zonas adecuadas.***

**MI(S) QUEJA(S) PRINCIPALES SOBRE MI SUEÑO**

Problemas durmiendo por la noche, por cuánto tiempo? meses:\_\_\_\_\_ y años\_\_\_\_\_\_\_\_

Estar adormecido durante el día, cuánto tiempo? meses:\_\_\_\_\_ y años\_\_\_\_\_\_\_\_

Ronquido durante cuánto tiempo meses:\_\_\_\_\_ y años\_\_\_\_\_\_\_\_

Comportamientos no deseados durante el sueño, por cuánto tiempo? meses:\_\_\_\_\_ y años\_\_\_\_\_\_\_\_

 Explicar los comportamientos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros, explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HÁBITOS DE SUEÑO**

Por lo general veo televisión o leo en la cama antes de dormir

A menudo viajo 2 o más zonas horarias de diferencia

Yo tomo alcohol antes de acostarme

Yo fumo antes de acostarme, o cuando despierto durante la noche

Yo como un bocadillo antes de acostarme

Yo como si despierto durante la noche

Generalmente me despierto para ir al baño durante la noche

Tengo problemas para quedarme dormido

Yo despierto a menudo durante la noche

Soy incapaz de volver a dormir con facilidad si me despierto durante la noche

Tengo pensamientos que empiezan a correr por mi mente cuando me trato de dormir

Me levanto temprano por la mañana, y aún estoy cansado, pero no puedo volver a dormer

Tendo pesadillas ahora que soy adulto

Me da sensación de hormigueo en las piernas cuando me trato de dormir

Sudo mucho mientras duermo

No puedo dormir de espalda

**RESPIRACIÓN**

Alguien me ha dicho que dejo de respirar mientras duermo

Despierto durante la noche ahogandome, con asfixia, o con respiración corta

Alguien me ha dicho que ronco

Alguien me ha dicho que ronco solo cuando duermo de espalda

Me he respertado por mi propio ronquido

**AGITACIÓN**

Tengo sensaciones incómoda en mis piernas/brazos mientras duermos

Tengo que mover mis piernas o caminar para aliviar las sensaciones incómodas en mis piernas

Yo soy inquieto mientras duermo

Alguien me ha dicho que sacudo las piernas/brazos mientras duermo

Se me hace dificil quedarme dormido(a) debido a mis movimientos de piernas

He hablado mientras duermo, en mi edad adulta

He caminado mientras duermo, en mi edad adulta

Yo rechino mis dientes mientras duermo

**SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA**

Yo tomo siestas durante el Día

Yo tengo una tendencia de quedarme dormido(a) durante el día

He tenido "apagones" o hay veces en que no puedo recordar lo que acaba de suceder

Me he quedado dormido(a) mientras manejo

He tenido accidentes como consecuencia de quedarme dormido(a) al manejar

Me quedo dormido(a) mientras veo la televisión

Me quedo dormido(a) durante conversaciones

Me quedo dormido(a) en situaciones sedentarias

He fallado en la escuela por la somnolencia

He tenido lesiones como resultado de la somnolencia

He tenido debilidad muscular repentina en respuesta a emociones como la risa, la rabia, o sorpresa

He tenido incapacidad de moverme al dormirme o al despertarme

He tenido alucinaciones o imágenes oníricas o sonidos al dormirme o despertare

**HÁBITOS**

¿Usted fuma?  Sí  No **SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Qué tipo y cantidad por día durante cuántos años**

 Cigarrillos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paquete(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años

 Cigarros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cigarros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años

 Tobacco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pipas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años

¿Bebe alcohol? Sí  No **SI LA RESPUESTA ES SÍ: ¿Qué tipo y frecuencia cantidad por semana**

Cerveza  Diario  Fines de Semana Raro \_\_\_\_\_\_ botes/semana

Vino  Diario  Fines de Semana Raro \_\_\_\_\_\_ copas/semana

Bebidas alcohólicas  Diario Fines de Semana Raro \_\_\_\_\_\_ Tragos/semana

**PASADO - EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL SUEÑO**

 He tenido evaluación del trastorno del sueño anteriormente

 Yo he tenido estudios del sueño anteriormente

 He tenido estudios de siestas durante el dia

 Me han recetado un CPAP o BiPAP para el uso en el hogar

 He tenido tratamiento quirúrgico para el tratamiento de trastorno del sueño

 Ya me han recetado medicamento para un trastorno del sueño

 He sido tratado de un trastorno del sueño anteriormente

 He tomado pildoras para dormir o para mantenerme despierto. ¿Le Ayudo?  Sí  No

**GENERAL**

 Yo duermo con alguien más en mi cama o en mi habitación

 Me caigo de la cama mientras duermo

 He mojado mi cama

 Camino mientras duermo

 Rechino mis dientes

 Tengo sueños

 Siento miedo de que no podre quedarme dormido despuer de haber despertado

 Se me hace dificil derpertar

 Despierto gritando, violento(a) o confundido(a)

 Dependo de un reloj de alarma para despertarme

 Despierto con dolor de cabeza

 Despierto con náuseas (Enfermo de mi estómago)

 Despierto con la boca seca

 Despierto 1 o 2 horas antes de que me tenga que levantar

**MI SUEÑO ES PERTURBADO CON FRECUENCIA POR** (MARQUE TODAS LAS QUE SON VERDADERAS)

Asma  Calor Frio Luz Ruido Ruido o Movimiento de compañero de cama

Tos Hambre Sed Necesidad de orinar  Asfixia, indigestión, "Gas" o Acidez

Dolor de pecho Pesadillas Shortness of Breath Sensacióne de cosquillero, dolores

**ANTECEDENTES DE SALUD**

Su peso ha cambiado recientemente? Sí No Si es sí, explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, compruebe cualquier condición o enfermedad que usted padece o ha padecido:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🞎 Alergias  | 🞎 Mareos  | 🞎 Hepatitis  | 🞎 Calambres  Musculares  |
| 🞎 Artritis  | 🞎 Problemas de Ojo(s) | 🞎 Hernia | 🞎 Neumonía |
| 🞎 Asma  | 🞎 Desmayos  | 🞎 Presión Arterial Alta  | 🞎 Próstata  |
| 🞎 Problemas de  Espalda  | 🞎 Gota | 🞎 VIH/SIDA | 🞎 Timbre de oidos |
| 🞎 Apagones | 🞎 Dolores de Cabeza | 🞎 Impotencia  | 🞎 Convulsiones  |
| 🞎 Problemas de Vejiga  | 🞎 Problem  | 🞎 Problemas de Riñon  | 🞎 Tuberculosis  |
| 🞎 Bronquitis | 🞎 Ataque Cardíaco  | 🞎 Presión Arterial Baja | 🞎 Úlceras  |
| 🞎 Cancer  | 🞎 Enfermedades del  Corazón  | 🞎 Meningitis  | 🞎 Enfermedades  Venéreas |
| 🞎 Depresión  | 🞎 Acidez/Reflujo  Gastroesofágico | 🞎 Problemas Mentales  | 🞎 CHF |
| 🞎 Diabetes | 🞎 Hemofilia (Sangrador) | 🞎 MRSA |  🞎 Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |

**CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES**

Liste las hospitalizaciones y/o cirugías que ha tenido. LISTA LO MÁS RECIENTE PRIMERO: dónde, qué, por qué y cuándo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ELIJA CADA DECLARACIÓN DE USO**

 **Nunca A Veces A Menudo**

 A. Marihuana   

 B. Cocaína   

 C. Alucinógenos (LSD, mescalina, polvo de ángel, etc.)   

 D. Estimulantes   

 E. Depresores   

 F. Narcóticos (heroína, morfina, opio, etc.)   

Por favor escriba el nombre y la dosis (en mg) de todos los medicamentos que usted está tomando

**ahora** o **dentro de los últimos 30 días**:

 **Medicamento Dosis ¿Para Qué?**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, indique el nombre de las pastillas que ha tomado para dormir o para mantenerse despierto.

 **Nombre ¿Le ayuda?**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sí No

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sí No

# CUESTIONARIO PARA EL/LA COMPAÑERO(A) DE CAMA

Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona llenando este formulario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He observado este sueño:  Nunca  Una o Dos Veces  A Menudo  Cada Noche

f the legs

Marque cualquiera de las siguientes conductas que usted ha observado esta persona haciendo

mientras duerme:

 Ronquido Ligero  Ronquido Fuerte  Bufidos Ruidosos

 Ahogandose  Pausa de Respiración  Espasmos en las piernas o pateadas

 Orina la Cama  Muerde la lengua  Tiembla o Sacude los brazos

 Llora  Cabezeando o Golpeando  Se sienta sin despertar

 Despierta  Se Levanta de la cama  Cada vez más rígidos y/o con agitación

 Con Dolor sin despertar Incluso si él/ella se comporta diferente

 Other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor describa los otros comportamientos de sueño en detalle. Incluya una descripción de la actividad, el tiempo durante la noche cuando se sucede, la frecuencia durante la noche, y si ocurre cada noche.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta persona se ha dormido durante sus actividades diarias o normales en situaciones peligrosas? Sí  No Si la respuesta es sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_