



Sleep Disorders Center

OF SW FLORIDA

Dedicated to the Treatment of Sleep and Pulmonary Disorders

CUESTIONARIO DE SUEÑO

Nombre:	Profesión:	Sexo: <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer
Fecha de nacimiento:	Edad:	Lugar de nacimiento:
Médico:	Teléfono:	
Médico primario:	Teléfono:	
La fecha de hoy:		
Queja principal:		
¿Cuándo comenzó el problema de sueño?		
¿Esta es la primera vez que consulte a un especialista del sueño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Si No , cuándo y quién lo consultó?		

Explique brevemente su problema de sueño.

Por favor ingrese el tiempo siempre que usted

	Días laborables	Días de descanso
¿A qué hora vas a la cama para dormir		
¿A qué hora surgen en la mañana		
¿Cuántas horas duerme casi todas las noches		
La siesta		

Consumo de tabaco:¿Has fumado cigarrillos o puros? Sí NoEn caso afirmativo, ¿actualmente fumas? Sí No

Si no, ¿Cuándo dejaste fumar cigarrillos o puros? _____

Consumo de cafeína: En promedio Cuántas bebidas con cafeína bebes cada día?

Tipo de bebida	Consumo diario
Tazas de café estilo americano	
Tazas de café estilo cubano o un expreso	
Tazas de té con cafeína	
Latas de refrescos con cafeína	
Latas de bebidas energéticas con cafeína	

El consumo de alcohol: En promedio Cuánto alcohol qué beber cada semana?

Tipo de bebida alcohólica	Consumo semanal
Copas de vino	
Latas de cerveza	
Número de cócteles	

Historia familiar: ¿Tus padres o hermanos tienen

Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Insomnio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Demencia (Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Síndrome de piernas inquietas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Medicamentos para dormir: ¿has usado alguna vez regularmente pastillas para dormir? Sí No

En caso afirmativo, por favor la lista actual y anteriores medicamentos para dormir.

Nombre de la medicación del sueño	Nombre de la medicación del sueño

Medicamentos recetados: Enumere los medicamentos que usted toma regularmente.

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento

Antecedentes médicos y quirúrgicos: Marque sus cirugías y diagnóstico médico

Cirugía	~ Año	Diagnóstico médico	~ Año
Nasal		Alergia nasal, paranasales	
Amígdalas		Asma	
Adenoides		Presión arterial alta	
Garganta		Colesterol alto	
Tiroides		Ataque al corazón	
Pulmón		Arritmia cardiaca	
Corazón		Diabetes	
Estómago o el intestino		Reflujo o acidez estomacal	
Vesícula biliar		Accidente cerebrovascular	
Del tracto urinario		Enfermedad pulmonar crónica	
Cirugía en la espalda		Depresión	
Cirugía cerebral		Ansiedad	
Otros (por favor indique)		Desorden de la tiroides	
		Hepatitis	
		Otros (por favor indique)	

Patrones de sueño: Por favor describa la experiencia **típica** durante el período de tiempo desde el desarrollo de tu problema de sueño.

¿Generalmente tarda más de 30 minutos para dormirse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Generalmente tiene problemas de sostenimiento de sueño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Despierta prematuramente y resulta difícil retomar el sueño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿A menudo estás cansado, fatigado o sueño durante el día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hace una siesta o hacer dormir más tiempo te sientes mejor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Sueñas durante la siesta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Sueños interfiere con el sueño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Has tenido experiencia de debilidad de músculo en el cuerpo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
a. ¿después de contar o escuchar un chiste?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿después de una risa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿después de enojarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Al despertar, ¿se ha encontrado brevemente incapaz de moverse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Has soñado mientras despierto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Has visto un psicólogo o psiquiatra para tu problema de sueño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Síntomas que pueden perturbar el sueño:

Mi piel me pica o arde a menudo durante la noche.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A menudo tengo obstrucción nasal o congestión.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A menudo tengo hemorragias nasales.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A menudo me despierto con la boca seca.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Babeo durante el sueño.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos a menudo me despierta del sueño.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Regularmente mis ronquidos perturban a otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mi ronquido puede oírse a través de una puerta cerrada.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Me dijeron que dejo de respirar cuando duermo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Despierto a causa de asfixia, jadeo o dificultad para respirar.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sibilancias a menudo me despierta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presión de pecho a menudo me despierta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ritmo cardíaco rápido o irregular a menudo me despierta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ardor de estómago a menudo me despierta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor de estómago o colon a menudo me despierta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A menudo me despierto para pasar gas.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He tenido episodios de orinarse en la cama como un adulto.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Necesidad de orinar me despierta al menos 2 veces cada noche.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A menudo me despierto con dolores de cabeza.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mis piernas me molestan cuando estoy tratando de dormir.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A menudo tengo ataques de pánico.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Soy claustrofóbico.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mis piernas se movían mucho mientras duermo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Me he lastimado mientras dormido.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lastimé a mi compañero de cama mientras dormido.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He actuado sueños moviéndome	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He caído de la cama mientras dormido.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He tenido episodios de sonambulismo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hablo a menudo durante mi sueño.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sudo demasiado cuando duermo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Me levanto a beber agua más de una vez cada noche.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A menudo tengo fiebre durante el sueño.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mis articulaciones se ponen calientes y rojas cuando duermo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Me he levantado con morados inexplicables.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Me he levantado con sangre en la parte blanca de los ojos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A menudo dolor me despierta de su sueño.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Calambres musculares a menudo me despierten.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

LA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Responder a las preguntas a continuación con su experiencia el mes pasado.

En contraste con sentirse cansado, ¿qué posibilidades hay de que dormirar o caer dormido en las siguientes situaciones? Esto se refiere a su habitual forma de vida en los últimos tiempos. Incluso si no lo has hecho algunas de estas cosas recientemente intentar resolver cómo hubiera afectado.

Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = **Nunca** se quedo
- 1 = **Ligera** posibilidad de dormirar
- 2 = Probabilidad **moderada** de dormirar
- 3 = **Alta** probabilidad de dormirar

Situación	Número
Sentado/a y leyendo	
Mirando televisión	
Sentado/a, inactivo/a en un lugar público (ej. teatro o reunión)	
Como pasajero/a en un automóvil durante una hora sin interrupciones	
Recostado/a descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	
Sentado/a y hablándole a alguien	
Sentado/a tranquilo/a después de un almuerzo sin alcohol	
En un auto, cuando para por pocos minutos en el tráfico	
Número total	