

Cuestionario para pacientes nuevos – Hábitos del sueño

Community Pediatric Specialists

726 Medical Center Drive East, Suite 209
 Clovis, California 93611
 Office: (559) 325-5656 | Fax: (559) 325-5568



Nombre del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enumere los **MEDICAMENTOS/OPERACIONES** que haya probado para ayudar a su hijo o hija con la inquietud sobre el sueño:

HORARIO DE DORMIR	Hora habitual a la que se acuesta	Hora habitual a la que se duerme	Hora habitual en la que se despierta	¿Duerme alguna siesta?
(Escuela/ Trabajo nocturno)				
(Fines de semana/ Vacaciones)				

SÍNTOMAS DURANTE EL DÍA	Nunca	Algunas veces (algunas noches de la semana)	Frecuentemente (la mayoría de las noches de la semana)
Somnolencia o fatiga durante el día			
Se duerme en la escuela o en el auto			
Dificultad para concentrarse/ Bajo rendimiento escolar			
Estado de ánimo depresivo			
Irritabilidad/Cambios de estado de ánimo			

SÍNTOMAS ACTUALES DEL SUEÑO	Nunca	Algunas veces (algunas noches de la semana)	Frecuentemente (la mayoría de las noches de la semana)
Ronquidos			
Asfixia/Jadeo/Dificultad para respirar al dormir			
Para de respirar/Hace una pausa cuando duerme			
Respira con la boca abierta			
Sueño inquieto			
Suda al dormir			
Moja la cama			
Se despierta con dolor de cabeza			
Congestión/Secreción nasal			
Se despierta renovado(a)			
Patea mientras duerme			
Rechina los dientes			
Malestar en la pierna (por ej. cosquilleo, sensación de hormigueo), peor por las noches, mejor cuando mueve las piernas			
Pesadillas			
Sonambulismo			
Se despierta a gritos de forma repentina			
Se mece o se golpea la cabeza cuando duerme			
Después de una emoción fuerte como reírse, llorar, enojo, siente debilidad en las manos, los brazos, el cuello o el rostro			
Se siente paralizado(a) mientras se está durmiendo o al despertar			
Tiene alucinaciones mientras se está durmiendo o al despertar			
Dificultad para ir a acostarse/Resiste ir a dormir			
Dificultad para permanecer dormido(a)			
Al acostarse tiene un frenesí de ideas/ansiedad/preocupaciones			
Tiene que estar acompañado(a) por el padre o la madre para dormirse			
Tecnología presente (por ej. el teléfono, la tableta, los video juegos)			
Bebe bebidas con cafeína un par de horas antes de acostarseof bedtime			

Escala de somnolencia de Epworth para niños y adolescentes (ESS-CHAD)

Si su hijo o hija tiene 8 años o más, favor de completar este lado.

Instrucciones: Pensando en el MES pasado, ¿qué tan probable es que se haya quedado dormido(a) mientras realizó las actividades que se describen a continuación? Si el mes pasado no ha hecho algunas de las siguientes actividades, imagine cómo le podría haber afectado.

Utilice la siguiente escala para escoger un número que mejor describa lo que le ha estado sucediendo durante cada actividad el mes pasado. Escriba el número al lado de la actividad.

- 0 = **NUNCA** me dormiría
- 1 = **POCA PROBABILIDAD** de dormirme
- 2 = **PROBABILIDAD MODERADA** de dormirme
- 3 = **GRAN POSIBILIDAD** de dormirme

Actividad	Probabilidad de dormirme (0 - 3)
Sentado(a) y leyendo	_____
Sentado(a) y mirando la tele o un video	_____
Por la mañana en la escuela, sentado(a) en la clase	_____
Sentado(a) en el auto o en el autobús por unos 30 minutos	_____
Recostado(a) para descansar o dormir la siesta por la tarde	_____
Sentado(a) hablando con alguien	_____
Después del almuerzo sentado(a) solo(a) en silencio	_____
Sentado y comiendo una comida	_____