

ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUEÑO

Instrucciones

Favor de contestar cada una de las siguientes preguntas, escribiendo o escogiendo la respuesta meyer. Asi, nos ayudará a saber más acerca de su familia y su hijo.

CHILD'S INFORMATION	
Nombre del niño:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento:	Edad del niño:
Raza/etnicidad del niño: <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro/africano-americano <input type="checkbox"/> asiático-americano <input type="checkbox"/> indigena de los <input type="checkbox"/> hispano-latino <input type="checkbox"/> de varias razas <input type="checkbox"/> otro	
¿cuáles son sus preocupaciones principals sobre el sueño de su hijo?	
¿Cuáles cosas ha intentado para ayudar el problema de su hijo?	



ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUEÑO

HISTORIAL DEL SUEÑO

Horario de sueño entre semana

¿Cuánto tiempo duerme el niño durante un period de 24 horas entre semana? (sume el tiempo que duerme de día y de noche); _____ horas _____ minutos

¿Cuándo suele acostarse en los días entre semana? _____:

¿Cuándo suele despertarse en los días entre semana? _____:

Horario de sueño en los fines de semana/de vacaciones

¿Cuánto tiempo duerme el niño durante un period de 24 horas en los fines de semana y en las vacaciones? (suma el tiempo que duerme de día y de noche) _____ horas _____ minutos

¿Cuándo suele acostarse en los fines de semana y vacaciones? _____:

¿Cuándo suele despertarse en los fines de semana y vacaciones? _____:

Horario de siestas

¿Cuántos días a la semana toma una siesta el niño? 0 1 2 3 4 5 6 7

Si el niño toma siesta, ¿cuándo la toma? Siesta1: _____:_____ a.m. p.m. a las _____:_____ a.m. p.m.

Siesta2: _____:_____ a.m. p.m. a las _____:_____ a.m. p.m.

Sueño general

¿Tiene el niño una rutina regular para acostarse? sí no

¿Tiene el niño su propia recámara? sí no

¿Tiene el niño su propia cama? sí no

¿Está uno de los papas presente cuando se duerme el niño? sí no

Normalmente el niño se duerme en&
 su propia recámara en su cama (solo)
 la recámara de los papás en su propia cama
 la recámara de los papás en la cama de ellos
 la recámara del hermano en su propia cama
 la recámara del hermano en la cama del

El niño duerme la mayoris de la noche en&
 su propia recámara en su cama (solo)
 la recámara de los papás en su propia cama
 la recámara de los papás en la cama de ellos
 la recámara del hermano en su propia cama
 la recámara del hermano en la cama del hermano

Normalmente en la mañana se despierta en&
 su propia recámara en su cama (solo)
 la recámara de los papás en su propia cama
 la recámara de los papás en la cama de ellos
 la recámara del hermano en su propia cama
 la recámara del hermano en la cama del hermano

La persona que normalmente acuesta al niño es: mamá papa ambos padres él mismo otros

¿Cuánto tiempo pasa el niño en su propia recámara antes de dormirse: _____ minutos

¿El niño resiste acostarse? sí no **Sí es que,** ¿usted cree que esto es un problem? sí no

¿El niño tiene dificultad para dormirse? sí no **Sí es que,** ¿usted cree que esto es un problem? sí no

¿El niño se despierta durante la noche? sí no **Sí es que,** ¿usted cree que esto es un problem? sí no



ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUEÑO

Después de despertarse durante la noche ¿tine el niño dificultad para dormirse de nuevo?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	S¿s que, ¿sted cree que esto es un problem?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Es difícil despertarlo en la mañana?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	S¿s que, ¿sted cree que esto es un problem?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿El niño duerme mal	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	S¿s que, ¿sted cree que esto es un problem?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Síntomas del sueño actuales							
(f) no se sabe							
(e) siempre (6 a 7noches/días por semana)							
(d) a menudo (3 a 5 noches/días por semana)							
(c) a veces (1 a 2 noches/días por semana)							
(b) no frecuente (menos de 1noches/días por semana)							
(a) nunca (no ocurre)							
1.	Dificultad para respirar cuando está dormido	a	b	c	d	e	f
2.	Deja de respirar mientras duerma	a	b	c	d	e	f
3.	Ronca	a	b	c	d	e	f
4.	Sueño inquieto	a	b	c	d	e	f
5.	Suda mientras duerme	a	b	c	d	e	f
6.	Tiene sueño durante el día	a	b	c	d	e	f
7.	Poco apetito	a	b	c	d	e	f
8.	Pesadillas	a	b	c	d	e	f
9.	Sonambulismo	a	b	c	d	e	f
10.	Habla en sueños	a	b	c	d	e	f
11.	Grita mientras duerme	a	b	c	d	e	f
12.	Kicks legs in sleep	a	b	c	d	e	f
13.	Se despierta durante la noche	a	b	c	d	e	f
14.	Se baja de la cama durante la noche	a	b	c	d	e	f
15.	Tiene dificultad para mantenerse en su cama	a	b	c	d	e	f
16.	Resiste acostarse a la hora que le toca	a	b	c	d	e	f
17.	Le rechinan los dientes cuando duerme	a	b	c	d	e	f
18.	Sensación incómoda en las piernas; sensación de hormigueo	a	b	c	d	e	f
19.	Moja la cama	a	b	c	d	e	f



ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUENO

Current Daytime Symptoms						
	(a) nunca (no ocurre)	(b) no frecuenten (menos de 1 noches/días por semana)	(c) a veces (1 a 2 noches/días por semana)	(d) a menudo (3 a 5 noches/días por semana)	(e) siempre (6 a 7 noches/días por semana)	(f) no se sabe
1. Dificultad para evantarse en la mañana	a	b	c	d	e	f
2. Se duerme en la escuela	a	b	c	d	e	f
3. Toma una siesta después de salir de la excuela	a	b	c	d	e	f
4. Tiene sueño durante el día	a	b	c	d	e	f
5. Se siente débil o pierde control de los músculos con emociones fuertes	a	b	c	d	e	f
6. Dice que no puede moverse suando se duerme o cuando se despierta	a	b	c	d	e	f
7. Ve imagines espaniosas antes de dormirse o al despertarse	a	b	c	d	e	f

Embarazo / Parto

Embarazo Normal Dificil

Parto a tiempo prematuro tarde

Peso del niño nacer:

¿Es hijo único? No

Si es que no, indique su orden de nacimiento: 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th



ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUENO

Historial Médico y Psiquiátrico

Historial Médico – Antecedentes		
Congestión nasal frecuente	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Dificultad para respirar por la nariz	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Alergias	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó: Tiene alergia a:
Asma	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Calzarros o gripes frecuentes	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Infecciones del oído frecuentes	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Infecciones de la garganta por estreptococo frecuentes	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Reflujo de acidez (reflujo gastroesofágico)	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Crecimiento pobre o retrasado	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Peso excesivo	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Problemas del lenguaje	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Problemas de la visión	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Dolores de cabeza por las mañanas	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Enfermedad de la anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Enfermedad genética	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Problema cromosómico (e.g. síndrome de Down)	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Problemas esqueléticos (e.g. enanismo)	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Trastorno craneofacial (e.g. Pierre–Robin)	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Eczema (comezón de la piel)	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:
Dolor	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó:



ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUENO

PASTPSYCHIATRIC/PSYCHOLOGICALHISTORY		
Autismo	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Trastorno del desarrollo	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Hiperactividad/TDAH	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Ansiedad/Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Depresión	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Suicidio	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Se droga	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Trastorno conductual	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó
Internado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se diagnosticó

Favor de anotar cualquier otro problema adicional psicológico, psiquiátrico, emocional o conductual diagnosticado o sospechado por un medico/psicólogo.

Historal Médico Presente

Favor de anotar cualquier medicamento que su hijo toma actualmente:

Medicina	Dosis	Frecuencia
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		

Problems Médicos de Largo Plazo

Si su hijo tiene problemas de salud de largo plazo, favor de anotar los tres que usted considera los más importantes

1. _____
2. _____
3. _____



ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUENO

Cirugías/Hospitalizaciones		
¿Han sacado las anginas del niño?	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se realice la cirugia:
¿Han sacado los adenoids?	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se realice la cirugia:
¿Alguna vez han tenido que ponerie tubos en los oidos?	<input type="checkbox"/> Si	Edad cuando se realice la cirugia:
Favor de anotar cualquier otra hospitalización o cirugía:		
Habitos de Salud		
¿Tomas u hijo bebidas con cafeina? (e.g., Coke, Pepsi, Mountain Dew, té frío)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Cuántos al día?:

Redimiento en la Escuela

Rendimiento Escolar Actual (si asiste a la escuela)
El grado excolar de su niño:
¿Alguna vez ha tenido que repetir un grado escolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Está matriculado en alguna clase de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cuántos días ha faltado en este año escolar?
¿Cuántos días faltó en el año escolar pasado?
¿Cuántos días ha llegado tarde en este laño escolar?
¿Cuántos días llegó tarde en el año escolar pasado?
Las notas del niño este año: <input type="checkbox"/> Excelentes <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Promedias <input type="checkbox"/> Pobres <input type="checkbox"/> Reprobadas
Las notas del niño el año pasad: <input type="checkbox"/> Excelentes <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Promedias <input type="checkbox"/> Pobres <input type="checkbox"/> Reprobadas



ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUEÑO

Información Familiar		
Edad:	Edad:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Deparada	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Deparada	
<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Casada de nuevo	<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Casada de nuevo	
Educación:	Educación:	
Trabajo: <input type="checkbox"/> No empleada <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	Trabajo: <input type="checkbox"/> No empleada <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	
Ocupación:	Ocupación:	
Personas Que Viven en la Casa		
Nombre:	Relación	Edad

Historial del Sueño Familiar

¿Tiene alguien en su familia un trastorno del sueño? Si No

Si es que sí, indique los trastornos:

Insomnio	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela
Ronquidos	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela
Apena del sueño	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela
Síndrome de las plemas inquietas	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela
Movimientos periódicos de las extremidades	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela
Sonambulismo/terrors nocturnos	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela
Habla en sueños	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela
Narcolepsia	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela
Otro:	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Pamá	<input type="checkbox"/>	Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	Abuelo/abuela



**ENCUESTA PARA LA
EVALUACION DEL SUEÑO**

Remisión

¿Quién pidió que su hijo consultara con un especialista del sueño?

- _____ Pediatra/Médico familiar
- _____ Papá o tutor legal del hijo
- _____ Especialista gquirúrgico (e.g. otorrinolaringólogo)
- _____ Especialista pediátrico (e.g. alergólogo, neurólogo, neumólogo)
- _____ Especialista de la salud mental (e.g. piquiatra, psicólogo, trabajador social)
- _____ Maestra, consejera o enfermera de la escuela
- _____ El niño mismo
- _____ Otro:

Firma del paciente o representante legal

Fecha y hora

Nombre en imprenta del paciente o representante legal

Relación con el paciente

Practitioner Signature

Date & Time

Printed Name

