

**SLEEP CENTER OF YUMA**

ASHVIN K. SHAH, M.D., F.C.C.P., P.C.  
Diplomate American Boards of Sleep Medicine  
Internal Medicine, Pulmonary Diseases & Critical Care



2110 W 24<sup>th</sup> Street  
Yuma, AZ 85364  
P (928)726-7106 F (928)726-6306

## SLEEP QUESTIONNAIRE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Como se enteró usted sobre Sleep Center of Yuma? (Haga círculo alrededor de cualesquiera que apliquen):

A través de su doctor      Medios comunicativos (television, periódicos, revistas)      Sitio de internet      Familiares/amigos

1. ¿Cual es la razón por su visita hoy al centro del sueño? \_\_\_\_\_
2. Describa su clase de trabajo y el horario del trabajo? \_\_\_\_\_
3. ¿Cual es su queja principal en relación al sueño? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido diagnosticado(a) previamente con algun tipo de trastorno del sueño? \_\_\_\_\_  
¿Si es asi, hace cuanto? \_\_\_\_\_ ¿Con que fue diagnosticado(a)? \_\_\_\_\_  
¿Donde se hizo el diagnóstico? \_\_\_\_\_
5. ¿Tiene usted un(a) pareja regular del sueño? \_\_\_\_\_
6. ¿En cualquier momento que usted empezó a domirse, experimentó alucinaciones visuales o un sueño extraordinariamente vivido? \_\_\_\_\_
7. ¿Se sintió un debilidad súbita de musculos en cualquier momento que se rió, se enojó o se sorprendió? \_\_\_\_\_
8. ¿Se ha sentido paralizado(a) o incapaz de moverse en cualquier momento que se haya dormido o que se haya despertado? \_\_\_\_\_
9. ¿Se ha dormido mientras conducir un automóvil? \_\_\_\_\_
10. ¿Ronca usted? Haga circulo alrededor de cualesquiera que apliquen:

Nunca      De vez en cuando      Frecuentemente      Siempre

Si usted roca, califiquese usando una escala de 0 a 10, con el número 10 siendo del sonido más alto \_\_\_\_\_

¿Como calificaria su pareja del sueño el nivel de sonido de los ronquidos de usted? \_\_\_\_\_

¿Cuales posiciones corporales afectan sus ronquidos?

En la espalda      En el lado derecho      En el lado izquierdo      En el estómago

11. ¿Se despierta usted con cualquier de las siguientes condiciones

Con tos      Sensación de asfixia      Sensación de lengua ácida      Latido rápido del corazón

Boca seca      Dolor de la garganta      Dolor de la cabeza

12. ¿Ha experimentado algun incremento de peso recientemente? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuanto? \_\_\_\_\_

13. ¿Ha sido diagnosticado usted o cualquier familiar con algun trastorno del sueño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hora normal de acostarse \_\_\_\_\_ Hora normal de despertarse \_\_\_\_\_

Hora de acostarse en días no laborales. \_\_\_\_\_ Hora de despertarse en días no laborales \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme usted típicamente? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo necesita usted para dormirse? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se levanta durante la noche? \_\_\_\_\_ ¿Por qué se despierta durante la noche? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad de volver a dormirse? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo necesita para volver a dormir? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted sueño durante el día? \_\_\_\_\_ ¿Tome usted una siesta? \_\_\_\_\_

Si es así, son refrescantes las siestas? \_\_\_\_\_ ¿Experimenta usted falta de memoria? \_\_\_\_\_

## HIGIENE DEL SUEÑO

¿Hace usted cualquier de las siguientes actividades en la cama? (Haga círculo alrededor de cualquiera que apliquen):

Leer      Mirar la televisión      Usar el computador      Preocuparse de cualquier tema      Comer

Escribir      Tener argumentos en la cama

## PROBLEMAS DURANTE EL SUEÑO

1. ¿Tiene usted problemas de dormirse debido a cualquier de las siguientes condiciones? (Haga círculo alrededor de cualquiera que apliquen):

Problemas para poder relajarse      Pensamientos apresurados      Dolor o incomodidad

2. ¿Se molesta usted por despertarse demasiado temprano y por no poder volver a dormirse? \_\_\_\_\_
3. ¿Experimenta usted períodos prolongados en que está despierto y que no puede volver a dormirse? \_\_\_\_\_
4. ¿Mira usted frecuentemente al reloj cuando no puede dormirse? \_\_\_\_\_
5. ¿Recientemente han cambiado su estado de ánimo, su memoria o procesos de pensamiento? \_\_\_\_\_
6. ¿Durante el último año, han interferido la depresión, la ansiedad o el estrés con su sueño? \_\_\_\_\_
7. ¿Experimenta usted pesadillas? \_\_\_\_\_ ¿Tiene usted historial de mojar la cama? \_\_\_\_\_
8. ¿Rechina usted los dientes mientras que se duerme? \_\_\_\_\_ ¿Utiliza usted algún aparato para prevenirlo? \_\_\_\_\_

9. Se mueve usted de lado a lado de la cama mientras que duerme? \_\_\_\_\_ ¿Encuentra usted las sábanas en desorden en la mañana? \_\_\_\_\_
10. ¿Hubo un momento, mientras que usted dormía, que usted pegó o dio la patada a su pareja? \_\_\_\_\_
11. ¿Tiene usted episodios en que mueve sus brazos o piernas de manera rápida, o que grita mientras que duerme? \_\_\_\_\_  
Si es así, se acuerda si usted soñó durante estos episodios. \_\_\_\_\_ ¿Se acuerda si se confundió? \_\_\_\_\_  
Se acuerda de estos episodios en la siguiente mañana? \_\_\_\_\_
12. ¿Ha experimentado usted el sonambulismo? \_\_\_\_\_ ¿En cualquier momento se ha despertado del sueño gritando? \_\_\_\_\_
13. ¿En cualquier momento hay alguien que le ha dicho que usted deja de respirar mientras que duerme? \_\_\_\_\_

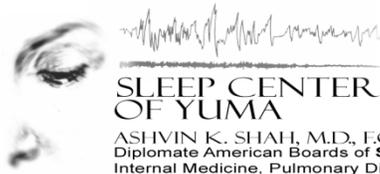
### TRASTORNOS DEL DUERMO

Mi sueño es frecuentemente interrumpido por las siguientes condiciones (Haga círculo alrededor de cualquiera que apliquen):

Ningunas	Senos nasals o síntomas de resfriado	Malestar en las piernas	Asfixia o dificultad de respirar					
Sueños atemorizantes	Necesidad de orinar	Indigestión	Dolor	Hambre	Pareja de cama			
Mascotas	Asma	Tos	Hijos	Dolores de cabeza	Nausea	Sed	Ruido	Estrés
Falta de respiración								

Haga lista de cualquiera otras condiciones que interrumpen el sueño \_\_\_\_\_

---



**SLEEP CENTER  
OF YUMA**

ASHVIN K. SHAH, M.D., F.C.C.P., P.C.  
Diplomate American Boards of **Sleep Medicine**  
Internal Medicine, Pulmonary Diseases & Critical Care



2110 W 24<sup>th</sup> Street  
Yuma, AZ 85364  
P (928)726-7106 F (928)726-6306

**¿Que probabilidad existe que usted se duerme durante las siguientes situaciones?**

Utilice la siguiente escala para elegir el número más adecuado para la situación:

- 0** yo nunca me dormiría      **1** probabilidad muy pequeña de dormirme  
**2** probabilidad moderada de dormirme      **3** alta probabilidad de dormirme.

SITUACIÓN	Probabilidad de dormirme			
Mientras yo me siento para leer	0	1	2	3
Mientras yo me siento, inactivo, en un lugar público (el cine, una reunión)	0	1	2	3
Como pasajero de vehículo, después de una hora sin pausa	0	1	2	3
Mientras acostarme para descansar durante la tarde, cuando permitan las circunstancias	0	1	2	3
Mientras yo me siento para platicar con alguien	0	1	2	3
Mientras yo me siento tranquilamente después de un almuerzo sin bebida alcoholica	0	1	2	3
Mientras me encuentro en automóvil, el que se para por algunos minutos debido al tráfico	0	1	2	3
Mientras miro la televisión	0	1	2	3

**HÁBITOS**

¿Fuma usted? \_\_\_\_\_ ¿Mastica usted el tabacco? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuantas veces al día? \_\_\_\_\_

¿Tome alcohol? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuantas bebidas alcoholicas toma usted (un promedio) durante los días laborales? \_\_\_\_\_ Cuantas bebidas alcoholicas toma usted durante los fines de semana? \_\_\_\_\_

¿Tome usted café? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿que clase de café toma usted?

Esoda      Café      Te      Bebidas energéticas

¿Cuantas toma usted al día? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

Haga círculo alrededor de cualesquiera que apliquen:

Ningun      Presión arterial alta      Problemas de senos nasales      Claustrofobia      Depresión

Ataques de pánico      Enfermedad del Corazón      Enfermedad de los pulmones

Enfermedad de reflujo gastroesfágico (GERD)      Diabetes      Enfermedad de tiroides

Convulsiones      Derrame cerebral      Otra cirugía de garanta o nariz.

¿En cualquier momento se ha sometido usted a la cirugía para la apnea del sueño. \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuando? \_\_\_\_\_