

SLEEP CENTER OF YUMA

ASHVIN SHAH M.D., PCCP, P.C.
BLANCA HUERTA, MS, PA-C

2110 W. 24TH STREET
YUMA, AZ. 85364
PHONE: (928) 344-1891
FAX: (928) 726-6306

CUESTIONARIO DE SUEÑO

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

HABITOS DE PREPARACION DE LA CAMA

Realiza alguna de las siguientes en la cama? LEER/VER TV/PREOCUPARSE/ESCRIBIR/ARGUMENTAR /NINGUN

1. Cual es el motivo de su visita al Centro del Sueño hoy? _____
2. Cual es su problema principal de sueño? _____
3. Alguna vez le han diagnosticado cualquier tipo de trastorno del sueño? SI/NO – si es asi, hace cuanto tiempo y donde se hizo el diagnostico? _____
4. Algun miembro de la familia ha sido diagnosticado con un trastorno del sueño? SI/NO – Quien? _____
5. Describa el tipo de trabajo que hace? _____
6. Tiene un companero habitual para dormir? SI/NO
7. Algun aumento de peso reciente? SI/NO – En caso afirmativo, cuanto? _____
8. Alguna vez se ha quedado dormido mientras conduce un automovil? SI/NO
9. Alguna vez ha tenido alucinaciones o sueños excepcionalmente vividos mientras se quedaba dormido? SI/NO
10. Alguna vez ha sentido debilidad muscular repentina al reirse, enfadarse o sorprenderse? SI/NO
11. Alguna vez se ah sentido paralizado o incapaz de moverse justo cuando se duerme o se despertabas? SI/NO
12. Usted ronca? OCASIONALMENTE/FRECUENTEMENTE/SIEMPRE/NO SEGURO/NUNCA
 - a) Si ronca, califique usando del 1 al 10 (10 siendo el mas fuerte) _____
 - b) Como calificaria tu companero de sueño tus ronquidos? _____
 - c) Que posicion afecta sus ronquidos, si alguna? ESPALDA/LADO DERECHO/LADO IZQUIERDO/ESTOMAGO
13. Se despierta con alguno de los siguientes? TOS/ASFIXIA/LATIDOS RAPIDOS DEL CORAZON/DOLOR DE CABEZA/SABOR ACIDO/BOCA SECA/DOLOR DE GARGANTA

PROBLEMAS DURANTE EL SUENO

1. Tiene problemas para conciliar el sueño debido a alguno de los siguientes?
PROBLEMAS PARA RELAJARSE/DOLOR O MOLESTIA/PENSAMIENTOS QUE SE ACOMPANAN
2. Le molesta despertarse demasiado temprano y no volver a dormirse? SI/NO/A VECES
3. Tiene periodos prolongados cuando esta despierto y no puede volver a dormir? SI/NO/A VECES
4. Mira con frecuencia el reloj cuando no puede dormir? SI/NO/A VECES
5. Ha cambiado recientemente su estado de animo o su proceso de pensamiento? SI/NO A VECES
6. En el ultimo año, la depresion, la ansiedad o el estres han interferido con su sueno? SI/NO A VECES
7. Tienes pesadillas? SI/NO/NO SEGURO
8. Algun historial de orinarse en la cama? SI/NO/NO SEGURO
9. Usted camina dormido? SI/NO/NO SEGURO
10. Rechinas los dientes? SI/NO/NO SEGURO
11. Utiliza un dispositivo para la boca? SI/NO
12. Tus cobijas estan desordenadas por la mañana? SI/NO
13. Se agita mientras duerme? SI/NO/NO SEGURO
14. Alguna vez ha pateado o golpeado a su pareja mientras dormia? SI/NO/NO SEGURO
15. Tiene episodios de agitamiento de los brazos/patear las piernas/gritar mientras duerme? SI/NO
Si es asi, recuerda haber soñado durante el episodio? SI/NO Se confundio? SI/NO
Recuerdas el episodio de la mañana? SI/NO
16. Alguien le ha dicho alguna vez que deja de respirar mientras duerme? SI/NO

SLEEP CENTER OF YUMA

ASHVIN SHAH M.D., PCCP, P.C.
BLANCA HUERTA, MS, PA-C

2110 W. 24TH STREET
YUMA, AZ. 85364
PHONE: (928) 344-1891
FAX: (928) 726-6306

CUESTIONARIO DE SUEÑO

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

TIEMPOS DE SUEÑO

Hora normal de acostar _____ Hora normal de despertar _____ Hora de acostar días no laborables _____
Hora de despertar en días no laborables _____ Cuantas horas duerme normalmente? _____
Cuanto tarda en dormirse? _____ Con que frecuencia se levanta por la noche? _____
Cuanto tarda en volver a dormir? Que te despierta?
Le cuesta volver a dormirse? _____ Tiene algun problema de memoria? _____
Toma siestas? SI/NO – si es asi, son sus siestas refrescantes? SI/NO
Tienes sueño durante el dia? SI/NO

TRASTORNOS DEL SUEÑO

MI SUEÑO SE INTERRUMPE CON FRECUENCIA POR LAS SIGUIENTES (encierre en un circulo lo que corresponda):
NIÑOS/COMPAÑERO DE CAMA/MASCOTAS/INDIGESTION/DOLOR/INCOMODIDAD EN LAS PIERNAS/DOLOR DE CABEZA/NAUSEAS/AGARRAMIENTOS/SIENTO MAS DE RESFRIADO/FALTA DE AIRE/ASMA/SUENOS ESPANTOSOS/NECESIDAD DE ORINAR/HAMBRE/TOS/SED/RUIDO/ESTRES/NINGUNA

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

QUE PROBABILIDAD HAY DE QUEDAR DORMIDO O QUEDARSE DORMIDO EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES EN CONTRASTE DE SENTIRSE SIMPLEMENTE CANSADO?

0 = nunca 1 = poca posibilidad 2 = probabilidad moderada 3 = alta probabilidad

SITUACION

PROBABILIDAD DE CAMBIO DE DORMISE

Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo la television	0	1	2	3
Sentado inactivo en un lugar publico (por ejemplo, teatro o reunion)	0	1	2	3
Como pasajero en un automovil durante una hora sin Descanso	0	1	2	3
Acostarse a descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentarse tranquilamente despues del almuerzo sin alcohol	0	1	2	3
En un automovil, mientras se detuvo durante unos minutos en el trafico	0	1	2	3

HABITOS

Fumas? SI/NO Si es asi, cuantas por dia?
Bebes alcohol? SI/NO/RARAMENTE Si es asi, cuantos en dias laborales? Fines de semana?
Tomas cafeina? SI/NO en caso afirmativo, de que tipo? TE/SODA/CAFÉ/BEBIDAS ENERGETICAS
Cuantas tazas al dia?

HISTORIAL MEDICO

Encierre en un circulo todo lo que corresponda:
PRESION ALTA/CLAUSTROPHOBIA/DEPRESSION/DIABETES/ENFERMEDAD CARDIACA/REFLUJO DE ACIDO/PROBLEMAS NASALS O SINUSALES/OTRAS CIRUGUAS DE GARGANTA O NARIZ/ATAQUES DE PANICO/CONVULSIONS/ENFERMEDAD TIROIDES/ENFERMEDAD PULMONAR/CONVULSIONS/NINGUNA/OTRO