

## 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.

<b>CHILD'S INFORMATION</b>	
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

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

<b>Síntomas del sueño actuales</b>							
	(a) nunca (no ocurre)	(b) no frecuente (menos de 1noches/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 7noches/días por semana)	(f) no se sabe	
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 dueme	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 dueme	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

<b>Current Daytime Symptoms</b>						
	(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: 1<sup>st</sup> 2<sup>nd</sup> 3<sup>rd</sup> 4<sup>th</sup> 5<sup>th</sup> 6<sup>th</sup> 7<sup>th</sup>



## ENCUESTA PARA LA EVALUACION DEL SUENO

### Historial Médico y Psiquiátrico

<b>Historial Médico – Antecedentes</b>		
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**

<b>PASTPSYCHIATRIC/PSYCHOLOGICALHISTORY</b>		
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

<b>Cirugías/Hospitalizaciones</b>		
¿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:		
<b>Habitos de Salud</b>		
¿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

<b>Rendimiento Escolar Actual (si asiste a la escuela)</b>
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**

**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. psiquiatra, 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

