



Centro de Trastornos del Sueño
 455 St. Michaels Dr. 505-820-5363
 Santa Fe, NM 87505 505-989-6409

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE LE REFIRIÓ: _____

NOMBRE DE SU MÉDICO DE CABECERA: _____

Padece usted actualmente, o ha padecido anteriormente de:

Hipertensión (presión arterial alta)	Sí	No
Problemas de los senos nasales	Sí	No
Alergias	Sí	No
Problemas cardíacos	Sí	No
Derrame cerebral	Sí	No
Tonsilectomía o operación de las amígdalas	Sí	No
Fractura o cirugía	Sí	No

POR FAVOR EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA A LO ANTERIOR:

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS O CIRUGÍAS:

FECHA:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ESTATURA: _____ PESO: _____

MEDICINAS QUE TOMA ACTUALMENTE:

Sírvase contestar a las preguntas que aparecen a continuación utilizando una escala del 0 al 4 (el "0" indica no en lo más mínimo y el 4 indica muchísimo)

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Tiene usted dificultad con la somnolencia (siente sueño y lucha para mantenerse despierto durante el día)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Tiene usted dificultad con la fatiga (cansancio, agotamiento y letargo, hasta cuando usted no tiene sueño) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Ronca usted? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Aguanta usted la respiración o deja de respirar cuando duerme? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Padece usted de gases, indigestión o acidez? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Padece usted de escalofríos por la noche? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Padece usted de dolores de cabeza por la mañana? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Cuántas veces se levanta usted para orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Le es difícil respirar cuando usted se acuesta de espalda? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Padece usted de falta de aliento cuando usted hace esfuerzo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Se ahoga usted al comer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Cuando se despierta, ¿se siente paralizado, sin poderse mover aunque esté despierto? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Cuando alguien le asusta o le hace reír, ¿se siente usted débil, se cae o se le doblan las rodillas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Cuando usted se queda dormido, ¿tiene sueños gráficos o alucinaciones? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. ¿Padece usted frecuentemente de ataques incontrolables de sueño o se siente usted dirigido a dormir de manera irresistible? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. ¿Le es difícil respirar por la nariz? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. ¿Respira usted por la boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. ¿Se levanta usted con la boca seca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿Se levanta usted jadeando o con falta de aliento? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿Padece usted de problemas de memoria o de concentración? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. ¿Padece usted de problemas de libido o impotencia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

22. ¿Está usted irritable? 0 1 2 3 4
23. ¿Se siente usted deprimido? 0 1 2 3 4
24. ¿Se siente usted ansioso? 0 1 2 3 4
25. ¿Ha tenido usted accidentes de automóvil ocasionados por la somnolencia? 0 1 2 3 4
26. ¿Lucha usted contra el sueño al manejar un vehículo? 0 1 2 3 4
27. ¿Le rechinan los dientes? 0 1 2 3 4
28. ¿Se le hinchan los tobillos? 0 1 2 3 4

ANTECEDENTES DEL SUEÑO:

La hora a la que se acuesta ordinariamente _____

El tiempo que ordinariamente le lleva quedarse dormido(a) _____

La hora en que se despierta ordinariamente _____

Promedio de horas que usted duerme _____

Promedio de veces que se despierta _____

Promedio del tiempo que permanece despierto al despertarse _____

¿Toma usted siestas durante el día? Sí No

Si contestó afirmativamente, ¿cuántas siestas toma usted? _____

La duración de las siestas _____

¿Le refrescan las siestas? Sí No

¿Da usted patadas con las piernas o se sacuden sus piernas con frecuencia bruscamente por la noche?

Sí No

¿Padece usted del síndrome de las piernas que se mueven incontroladamente, es decir, siente usted hormigueo o dolores y no puede mantener sus piernas quietas?

Sí No

¿Se siente usted refrescado(a) o regenerado(a) en la mañana? Sí No

¿Cuánto tiempo le lleva "arrancar" por la mañana? _____

Los fines de semana o días libres:

La hora a la que se acuesta ordinariamente _____

La hora a la que se despierta ordinariamente _____

Número total de horas que usted duerme _____

Describa el ambiente en el que usted duerme:

¿Ve la televisión? Sí No

¿Tiene compañero(a) de cama? Sí No

¿Tiene animales en la habitación? Sí No

¿Cuál es la temperatura de la habitación? _____

Algún otro aspecto del ambiente: _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Qué empleo tiene usted actualmente? _____

¿Cuántas horas trabaja usted? _____

¿Ha fumado usted alguna vez? Sí No

Si contestó afirmativamente, ¿cuántos años fumó? _____

¿Número promedio de paquetes de cigarrillos que usted fumaba? _____

¿Ha dejado de fumar? Sí No

¿Cuándo? _____

¿Toma usted bebidas alcohólicas? Sí No

Si contestó afirmativamente, ¿cuánto consume? Ligeramente Moderadamente Mucho

¿Toma usted bebidas que contienen cafeína? Sí No

¿Cuántas de esas bebidas toma usted al día? _____

¿Hace usted ejercicios?

¿Cuántas veces a la semana hace usted ejercicios? _____

¿Tiene usted alguna costumbre de comer fuera de lo común?

Sírvase explicarla _____

ANTECEDENTES DE SU FAMILIA:

Estado civil: soltero(a) casado(a) divorciado(a) separado(a) viudo(a)

Hijos: _____
 número edad problemas de salud

¿Está viva su mamá? Sí No Edad _____

Problemas médicos o causa de su fallecimiento: _____

¿Está vivo su papá? Sí No Edad _____

Problemas médicos o causa de su fallecimiento: _____

¿Tiene usted hermanos? _____ Problemas de salud: _____
 edad

¿Tiene usted hermanas? _____ Problemas de salud: _____
 edad

¿Padece usted de problemas del sueño algún familiar suyo? Si contestó afirmativamente, describa esos problemas:

ESCALA EPWORTH DE SOMNOLENCIA

¿Qué probabilidades hay de que usted dormite o se duerma en las situaciones que se enumeran a continuación, en vez de sólo sentirse cansado? Esto se refiere a su forma de vivir recientemente. Aunque usted no haya hecho algunas de estas cosas recientemente, intente imaginarse cómo le afectarían. Utilice la escala que se presenta a continuación para seleccionar el número más apropiado a cada situación.

- 0 = nunca se duerme
- 1 = hay una pequeña probabilidad de dormirse
- 2 = hay una probabilidad moderada de dormirse
- 3 = hay una gran probabilidad de dormirse

<u>Situación</u>	<u>Probabilidad de dormirse</u>			
Leer sentado.	0	1	2	3
Ver la televisión	0	1	2	3
Sentarse y estar inactivo en un lugar público (por ejemplo, en el teatro, en una reunión)	0	1	2	3
Ir como pasajero en un carro durante una hora o más, sin paradas	0	1	2	3
Acostarse para un descanso por la tarde	0	1	2	3
Sentarse y hablarle a alguien	0	1	2	3
Sentarse tranquilamente después de almorzar y sin haber tomado bebidas alcohólicas	0	1	2	3
Estar en un carro, parado por unos momentos en el flujo del tránsito	0	1	2	3

Ahora que usted ha completado el cuestionario, ¿tiene usted algún comentario que desee agregar?
