

Cuestionario de sueño del niño (4 páginas, a ser completado por el padre o el paciente)

Por favor, respuesta a las siguientes preguntas, así como usted puede. Muchos de ellos son personales, pero sus respuestas proporcionará información que resulta muy útil en el diagnóstico de los problemas de sueño. Si no entiendes una pregunta, por favor, deje en blanco. Por favor, correo o fax (309-655-6967) a nuestra Oficina tan pronto como finalice.

Nombre:		
Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Médico:	Médico de atención primaria:	
Otros médicos:		

¿Cuál es su *principal* problema relacionado con el sueño (la razón fue que se refiere el paciente)?

CALENDARIO de suspender días de semana o días de escuela de fines de semana o días libres

¿Cuál es su hora de acostarse habitual?	:	AM PM	:	AM PM
¿Durante cuánto tiempo generalmente tarda le dormido?				
¿A qué hora usted usualmente despertar para el día?	:	AM PM	:	AM PM
¿A qué hora normalmente levantarse para el día?	:	AM PM	:	AM PM
¿Está usted normalmente actualiza o cansado al levantarse para el día? (círculo uno)	actualiza	cansado	actualiza	cansado

INSOMNIO

¿Con qué frecuencia tienes problemas para conciliar el sueño? (círculo uno)	Nunca	rara vez	algunas noches	noches más	cada noche
¿Cuántas veces suelen despertar por la noche?					
¿Normalmente tiene problemas para regresar a dormir? (círculo uno)	Yes				No
Si usted se despierta por la noche, ¿sabe usted lo que normalmente hace que se despierte?					
¿Suelen permanecer en la cama o levantarse si usted no puede dormir? (círculo uno)	Permanecer en cama		Get hasta		
Si tiene dificultad para dormir, ¿qué tipo de cosas normalmente piensa (tales como preocupante no obtendrá suficiente sueño, pensando en pensamientos estresantes, o pensando en pensamientos no estresantes)?					
Si usted normalmente de levantarse de la cama cuando usted no puede dormir, ¿hacer en ese momento?					
¿Cuántas veces normalmente levantarse para ir al baño durante la noche?					
¿Tiene usted un inquieto o "creepy crawly" sensación en las piernas que te hace sentir la necesita mover a obtener cómodo? (círculo uno)	Yes				No
¿Usted leer o ver la televisión en la cama? (haga un círculo todas las que apliquen)	No leer ver TV				
¿Con qué frecuencia tienes dolor que le impide hacer dormir bien? (círculo uno)	Nunca	rara vez	algunas noches	noches más	cada noche
Insomnio (¿es o cualquier otro problema en esta sección) un problema significativo? (círculo uno)	Yes				No

SOMNOLENCIA EXCESIVA

¿Normalmente siente sueño o somnolencia de parte o la totalidad de cada día? (círculo uno)	Yes	No									
Si es así, ¿cuánto tiempo ha esto sido un problema?											
¿Normalmente luchar para permanecer despierto en el día o la noche? (círculo uno)	Yes	No									
¿Han quedado en la escuela? (círculo uno)	Yes	No									
¿Con qué frecuencia tios_guapoos@hotmail.com mientras la relajación durante el día o la noche (como ver televisión, leer o hacer deberes, mientras que)? (círculo uno)	Nunca	ocasionalmente	a veces	a menudo	muy a menudo						
¿Con qué frecuencia ¿toma una siesta? (círculo uno)	Nunca	rara	vez algunos días	más días	todos los días						
¿Con qué frecuencia usted roncar? (círculo uno)	Nunca	rara	vez algunas noches	noches más	cada noche						
¿Si usted roncar, es fuerte? (círculo uno)	Yes	No									
¿Le han dicho que dejan de respirar o tener pausas en la respiración mientras duermes? (círculo uno)	Yes	No									
¿Despertar con la resequedad en la boca? (círculo uno)	Yes	No									
¿Tiene dificultad para respirar a través de la nariz? (círculo uno)	Yes	No									
¿Despertar con un sabor ácido o acumulación de líquido en la garganta? (círculo uno)	Yes	No									
¿Le han dicho que patear en tu sueño? (círculo uno)	Yes	No									
¿Tienes experiencias de ensueño (mientras estás despierto) justo antes de dormirse o sólo tras despertarse? (círculo uno)	Yes	No									
¿Alguna vez siente completamente paralizada justo antes de caer dormido o simplemente después de despertarse? (círculo uno)	Yes	No									
¿Tiene usted repentina debilidad de los músculos cuando reír o experimentar otras emociones fuertes? (círculo uno)	Yes	No									
Por favor, medir su fatiga en un día típico: (uno número del círculo; 0 = ninguno, 10 es más alto)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Por favor, medir su somnolencia en un día típico: (uno número del círculo; 0 = ninguno, 10 es más alto)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Somnolencia excesiva (¿es o cualquier otro problema en esta sección) un problema significativo? (círculo uno)	Yes	No									

COMPORTAMIENTO RELACIONADO CON EL SUEÑO

¿Tiene usted cualquier comportamiento inusual o no deseado en tu sueño? (círculo uno) <i>(Si no, por favor omita el resto de esta sección.)</i>	Yes	No			
Si es así, por favor Descríbalo:					
¿Cuándo?					
¿Con qué frecuencia ocurre esto? (la mejor opción de marca)	<input type="checkbox"/> Una vez cada vez <input type="checkbox"/> Una vez al año <input type="checkbox"/> Más de una vez al año pero menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Más de una vez al mes pero menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Más de una vez por semana pero menos de una vez una noche <input type="checkbox"/> Cada noche <input type="checkbox"/> Más de una vez una noche				
¿A qué hora de la noche ¿esto sucede normalmente? (Marque uno)	<input type="checkbox"/> Primera mitad de la noche <input type="checkbox"/> Segunda mitad de la noche <input type="checkbox"/> No sé				
¿Levantarse de la cama cuando esto ocurre? (círculo uno)	Yes	No			
¿Con qué frecuencia hablar en tu sueño? (círculo uno)	Nunca	rara vez	algunas noches	noches más	cada noche
¿Con qué frecuencia gritarle en tu sueño? (círculo uno)	Nunca	rara vez	algunas noches	noches más	cada noche
¿Ha heridos usted mismo o a otros durante su sueño? (círculo uno)	Yes	No			
¿Sus comportamientos relacionados con el sueño están un problema significativo? (círculo uno)	Yes	No			

POR FAVOR, MARCA O CUALQUIER OTROS PROBLEMAS MÉDICOS QUE USTED TIENE AHORA UNA LISTA (O HAN TENIDO ANTES) INCLUIDAS LAS OPERACIONES

<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Angina de pecho
<input type="checkbox"/> TDA/H o TDA (trastorno de déficit de atención)
<input type="checkbox"/> Cancer (if so, what type? _____)
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Terrores sonambulismo o sueño ("terrores nocturnos")
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía

QUÉ MEDICAMENTOS TOMA ACTUALMENTE? (POR FAVOR LISTA DOSIS)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿QUÉ SON LAS ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS TIENES (SI EXISTE)?

--

HISTORIA DE FAMILIA

Por favor compruebe a continuación si un miembro de la familia ha (o ha sido tratado por) cualquiera de los siguientes:

Diagnosis:

Relation:

_____ Apnea del sueño	_____
_____ Roncar	_____
_____ Narcolepsia	_____
_____ Sonambulismo	_____
_____ Terrores nocturnos	_____
_____ Insomnio	_____
_____ Síndrome de las piernas inquietas	_____
_____ Presión arterial alta	_____
_____ Angina de pecho	_____
_____ Ataque al corazón	_____
_____ Cáncer	_____
_____ Diabetes	_____
_____ Otros	_____

HISTORIA SOCIAL

¿Cuántas personas viven en su hogar?	
¿Usted dormir en su propia habitación, compartir una habitación o compartir tu cama? (Marque uno)	_____ Habitación propia _____ Compartir una habitación _____ Compartir una cama
¿Cuántos de los siguientes ¿tiene usted en un día típico?	Bebidas gaseosas con cafeína _____ (como colas, Mountain Dew, Dr. Pepper) Café regular Té regular
¿Dónde van a la escuela?	
¿Qué grado o año está en?	
¿Ha tenido un estudio del sueño? (círculo uno)	Yes No
¿Si es así, dónde y cuándo?	

Firma del paciente, padre o tutor _____