



Preguntas Para el Estudio de Dormir

Fecha: _____

1. Apellido _____ Nombre _____ Hombre/Mujer _____
 2. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Casado?: _____
 3. SSN: ____-____-____ Ocupación: _____ Su Doctor: _____

La siguiente información nos ayuda entender sus problemas con el dormir. Por favor conteste todas las preguntas lo mejor posible. Si es posible, conteste las preguntas con la ayuda de alguien que es familiarizado con sus manías de dormir.

Sección I: Problema Primario

4. Que es su problema primario? _____
 5. Cuánto tiempo tiene usted con este problema? _____
 6. Hubo alguna razón que empezó usted con este problema (aumento de peso, estresado, enfermedad, o alguna otra cosa)? _____
 7. Le han hecho un estudio de dormir? ____ Hace cuanto? ____ Donde? _____
 8. Ha usado usted una mascarera para respirar de noche? No ____ Sí ____
 Por cuanto tiempo? _____ Quanta presión? _____ Tipo de mascarera? _____

Sección II: Historia de su problema de dormir:

Que es la posibilidad que usted se duerma haciendo las siguientes cosas, en ves de solamente sentirse cansado? Aunque no haga hecho estas cosas, imagínese como le afectarían. Use estos números para indicar como le afectaría cada situación:

- 0 = nunca me dormiría 1 = posiblemente me dormiría
 2 = probablemente me dormiría 3 = casi siempre me dormiría

Situación	Posibilidad de dormir			
1. Sentado con un libro	0	1	2	3
2. Viendo televisión	0	1	2	3
3. Sentado en publico (en una junta on en el teatro)	0	1	2	3
4. Pasajero en un auto por una hora o más	0	1	2	3
5. Reposando en la tarde para descansar	0	1	2	3
6. Sentado hablando con alguien	0	1	2	3
7. Sentado después do comer (sin alcohol) en el medio día	0	1	2	3
8. Parado en trafico en un carro	0	1	2	3
			Total _____	
	Nunca	A veces	Mucho	Siempre
1. Se duerme o siente cansado manejando un carro?	0	1	2	3
2. Se duerme o siente cansado en el trabajo?	0	1	2	3
3. Usted toma siestas durante del día?	0	1	2	3
4. Siente como que pierde fuerza o control de sus músculos en veces (especialmente cuando se ríe o cuando se sorprende)?	0	1	2	3
5. Siente como que tiene sueños muy vividos cuando se empieza a dormir?	0	1	2	3
6. Siente como que no se puede mover (paralizado) cuando se empieza a dormir?	0	1	2	3
7. Siente usted dolor or sensación incomoda en las piernas cuando esta relajando, o cuando se esta durmiendo que se alivia con mover las piernas o con caminar?	0	1	2	3
8. Cómo se siente de cansado ahora?	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo



Quando used duerme:	Nunca	A veces	Mucho	Siempre
9. Ronca?	0	1	2	3
10. Para de respirar?	0	1	2	3
11. Siente como que no puede ponerse cómodo?	0	1	2	3
12. Despierta sintiendo como que le hace falta aire?	0	1	2	3
13. Despierta con ácido del estomago en la garganta?	0	1	2	3
14. Camina o habla cuando esta dormido?	0	1	2	3
15. Tiene pesadillas?	0	1	2	3
16. Rechina los dientes?	0	1	2	3
17. Mueve los brazos o piernas de mas, or da patadas con las piernas?	0	1	2	3
18. Tiene movimientos violentos cuando duerme a cuando esta despertando?	0	1	2	3
19. Despierta con la boca seca?	0	1	2	3
20. Despierta con dolor de cabeza?	0	1	2	3
21. Siente que necesita pastillas o medicamento para dormir?	0	1	2	3
22. Toma usted alcohol o vino para poder dormir?	0	1	2	3
23. A estado tomando pastillas o medicamento para dormir cada noche por mas de 3 semanas?	0	1	2	3
24. Se acuesta en la cama sin poder dormir or regresar a dormir por mas de 30 minutos?	0	1	2	3
25. No le gusta acostarse a dormir porque piensa que "nunca" se va poder a dormir?	0	1	2	3

Sección III: Hábitos de dormir

26. A que hora se acuesta entre semana? _____ fin de semana? _____
27. Cuánto tiempo toma para dormirse? _____
28. Que porciento duerme en su espalda ___% Estomago ___% Lado Izquierdo/Derecho ___/___%
29. a.) Cuantas veces se despierta en la noche? _____
 b.) Cuánto tarda para dormirse otra ves? _____
 c.) Que lo despierta? (baño, etc.) _____
30. A que horas se despierta entre semana? _____ fin de semana? _____
31. Cuantas horas duerme en la noche normal mente? _____
32. Cómo se siente en las mañanas?
 Muy Cansado? ___ Cansado, pero despierto rápido? ___ Despierto, listo para el día? ___
33. Como funciona en la (el):
 Mañana: Bueno Mediano Mal
 Medio Día: Bueno Mediano Mal
 Tarde: Bueno Mediano Mal

Sección IV: Historia Medica

1. Por favor indique su historia medica: Usted tiene, o le han dicho que tiene:
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Parkinson's |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Demencia (Alzheimer's, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Historial de no respirar mientras duerme |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroide | <input type="checkbox"/> Orinar de mas por noche | <input type="checkbox"/> Historial de debilidad en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión or ansiedad | <input type="checkbox"/> Obesita |
| <input type="checkbox"/> Corazón Malo | <input type="checkbox"/> Hígado Malo | <input type="checkbox"/> Comportamiento abnormal mientras duerme |
| <input type="checkbox"/> Pulmones Malos | <input type="checkbox"/> Convulsions Epilepsia | |



Historial de Cirugías (por favor escriba los últimos 5 años de su historia médica)

Problema Desde Cuando Tratamiento Toda Vía tiene el problema?

2. Por favor escriba medicamentos recetados o comprados en tienda que esta tomando o a tomado reciente mente:

Nombre Fuerza Cada Cuando Razón

3. Su Peso? _____ Su Estatura? _____

4. Usted fuma? _____ Si fuma, desde cuando? _____ cuantos? _____/ día

5. Usted toma alcohol? _ Si toma, desde cuando? _____ cuanto? ____/ día /semana / mes

6. Usted toma cafeína (café, te, soda)? _____ quanta? ____/ día /semana / mes

Historia General:

1. Ha tenido problemas recientemente con su memoria o concentración? _____

Explique: _____

2. Ha notado cambios en su manera de ser (mas corajudo o impaciente)? _____

Explique: _____

3. Ha notado otros problemas recientes como estrés o ansiedad? _____

Explique: _____

4. Ha estado deprimido recientemente? _____

Explique: _____

5. Ha tenido problemas sexuales recientemente (impotencia, no siente deseos, eyaculacion prematura, etc.) ?_____

Explique: _____

6. Usted viaja a diferentes zonas de tiempo que le afectan su horario de dormir? _____

Explique: _____

7. Usted trabaja diferentes horarios o horarios que no permiten el sueno regular? _____

Explique: _____

8. Cómo oyó de nuestra clínica? Su doctor / amigo / Internet / Libro de Teléfono or anuncio en _____