

## MEDICINA DEL SUEÑO

### Cuestionario clínico del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy de su hijo y desde cuándo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

**Antecedentes del sueño:**

	Entre semana	Fines de semana
¿A qué hora su hijo se va a la cama?		
¿A qué hora su hijo se duerme en realidad?		
¿A qué hora su hijo se levanta para iniciar el día?		
Número de veces que su hijo se despierta en la noche y horarios:		
Número de siestas y horarios:		

**Rutina para irse a dormir:**

¿Su hijo comparte la habitación o la cama?  Sí  No

¿Qué hace su hijo entre el momento que se va a la cama y cuando finalmente se duerme? (Por ejemplo, ve televisión, lee, escucha música, otra actividad). \_\_\_\_\_

¿Qué despierta a su hijo? (Por ejemplo, hambre, necesidad de ir al baño, dolor, otro). \_\_\_\_\_

Número de tazas de cafeína al día: \_\_\_\_\_ Número de tazas de agua al día: \_\_\_\_\_

Exposición a la nicotina: \_\_\_\_\_

Si puede manejar, número de accidentes o cuasiaccidentes asociados con la somnolencia: \_\_\_\_\_

**Calidad del sueño:**

<i>Califique lo siguiente: 1 (mala), 2 (moderada) o 3 (buena)</i>	Padre o madre	Menor de edad
Calidad del sueño		
Nivel del estado de alerta durante el día		
Estado de ánimo al despertar		

**Marque si su hijo experimenta lo siguiente:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ronquidos >3 noches/semana<br><input type="checkbox"/> Pausas en la respiración durante el sueño<br><input type="checkbox"/> Duerme con la boca abierta/boca seca<br><input type="checkbox"/> Congestión nasal/alergias<br><input type="checkbox"/> Duerme con el cuello extendido<br><input type="checkbox"/> Ardor de estómago<br><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes temprano en la mañana<br><input type="checkbox"/> Pataleo frecuente durante el sueño<br><input type="checkbox"/> Sensaciones anormales en las piernas/pies | <input type="checkbox"/> Respiración fatigosa en la noche<br><input type="checkbox"/> Dificultad para quedarse dormido<br><input type="checkbox"/> Dificultad para permanecer dormido<br><input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva durante el día<br><input type="checkbox"/> Ansiedad<br><input type="checkbox"/> Depresión<br><input type="checkbox"/> Hiperactividad<br><input type="checkbox"/> Problemas en la escuela o en el trabajo<br><input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Respiración jadeante/resoplidos<br><input type="checkbox"/> Habla dormido<br><input type="checkbox"/> Sonambulismo<br><input type="checkbox"/> Terrores nocturnos<br><input type="checkbox"/> Pesadillas<br><input type="checkbox"/> Actúa cuando está soñando<br><input type="checkbox"/> Pérdida del tono muscular con las emociones<br><input type="checkbox"/> Incapacidad de moverse al despertar<br><input type="checkbox"/> Convulsiones nocturnas |
|---|--|--|

Anote las ayudas y los medicamentos para el sueño: \_\_\_\_\_

**Si su hijo usa una máquina CPAP/BiPAP:**

Presión actual: \_\_\_\_\_

Tipo de máscara:  Cojincillos nasales  Mascarilla nasal  
 Mascarilla facial completa

Número de horas de uso en la noche: \_\_\_\_\_

Último mes en que se reemplazó la mascarilla: \_\_\_\_\_

¿Limpieza periódica de la mascarilla?  Sí  No

¿Congestión nasal?  Sí  No

Otros problemas con la máquina CPAP/BiPAP: \_\_\_\_\_

¿Humidificación caliente?  Sí  No

¿Molestias con la mascarilla?  Sí  No

Número de días de uso: \_\_\_\_\_

Último mes en que se reemplazó el tubo: \_\_\_\_\_

Compañía DME: \_\_\_\_\_

Patient ID

## MEDICINA DEL SUEÑO

### Cuestionario clínico del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales/dosis: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios del tratamiento, alergias a los medicamentos y reacciones: \_\_\_\_\_

Anote los diagnósticos médicos actuales: \_\_\_\_\_

**Marque si hay síntomas que se presentan con frecuencia o que se hayan presentado en la última semana:**

- |                           |   |   |   |  |
|---------------------------|---|---|---|--|
| General:                  | <input type="checkbox"/> Ganancia de peso         | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso            | <input type="checkbox"/> Fiebre                   | <input type="checkbox"/> Fatiga  |
| Piel:                     | <input type="checkbox"/> Eccema                   | <input type="checkbox"/> Escozor en la piel         |   |  |
| Abdomen:                  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento            | <input type="checkbox"/> Ardor estomacal            |   |  |
| Garganta:                 | <input type="checkbox"/> Babeo                    | <input type="checkbox"/> Amigdalitis frecuente      |   |  |
| Orina:                    | <input type="checkbox"/> Enuresis nocturna        | <input type="checkbox"/> Micción frecuente          | <input type="checkbox"/> Incontinencia            |  |
| Ojos:                     | <input type="checkbox"/> Visión borrosa           | <input type="checkbox"/> Visión doble               |   |  |
| Aparato locomotor:        | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas | <input type="checkbox"/> Dolores musculares         | <input type="checkbox"/> Dolor articular          | <input type="checkbox"/> Edema   |
| Pulmones:                 | <input type="checkbox"/> Tos                      | <input type="checkbox"/> Resuello                   | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |  |
| Oídos/nariz:              | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído      | <input type="checkbox"/> Congestión nasal           | <input type="checkbox"/> Alergias                 |  |
| Sistema nervioso central: | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza          | <input type="checkbox"/> Convulsiones               | <input type="checkbox"/> Entumecimiento           | <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Mareo |
| Trastornos psicológicos:  | <input type="checkbox"/> Ansiedad                 | <input type="checkbox"/> Depresión                  | <input type="checkbox"/> Hiperactividad           |  |
| Corazón:                  | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho        | <input type="checkbox"/> Palpitaciones              |   |  |
| Trastornos hematológicos: | <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal         | <input type="checkbox"/> Moretones frecuentes       |   |  |
| Sistema endocrino:        | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Desarrollo sexual temprano |   |  |

Otro: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los anteriores, proporcione información adicional en este espacio: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

- Problemas cardíacos:  Sí  No
- Apnea obstructiva del sueño o ronquidos:  Sí  No
- Insomnio:  Sí  No
- Síndrome de las piernas inquietas:  Sí  No
- Narcolepsia:  Sí  No
- Habla dormido, sonambulismo, enuresis:  Sí  No

Otro: \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:**

(incluya a la madre, el padre, hermanos, hermanas, abuelos maternos y paternos)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Antecedentes quirúrgicos:**

Fecha de la amigdalectomía: \_\_\_\_\_ Otras cirugías de nariz/garganta: \_\_\_\_\_

Otras cirugías: \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales:**

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ Ocupación y horas de trabajo: \_\_\_\_\_

Si está en la escuela, grado que cursa y calificaciones promedio en la escuela: \_\_\_\_\_

**Debido a la posibilidad de lesión o muerte, no maneje ni manipule maquinaria pesada si tiene somnolencia.**

Firma del paciente o padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letra de molde o del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Patient ID

## MEDICINA DEL SUEÑO

### Escala de somnolencia modificada para menores

**Llene solamente si su hijo tiene entre 6 y 18 años de edad**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Califique cada descripción de acuerdo con los hábitos normales de vida de su hijo en días pasados. Incluso si su hijo no ha experimentado estas situaciones recientemente, trate de determinar qué tan somnoliento podría haber estado. Use la escala siguiente para seleccionar el mejor número para cada situación:

- 0 = Nunca se adormece
- 1 = Poca probabilidad de adormecerse
- 2 = Probabilidad moderada de adormecerse
- 3 = Alta probabilidad de adormecerse

**¿Qué probabilidad hay de que su hijo se adormezca o se quede dormido en las siguientes situaciones?**

Situación	Posibilidad de adormecerse			
	Ninguna	Leve	Moderada	Alta
Sentarse y leer	0	1	2	3
Ver televisión	0	1	2	3
Permanecer inactivo en un lugar público (salón de clases, cine, etc.)	0	1	2	3
Como pasajero en un automóvil durante una hora o más	0	1	2	3
Recostado al mediodía	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Estar sentado en quietud después del almuerzo	0	1	2	3
Mientras juega con videojuegos	0	1	2	3

**Puntuación Epworth total (sume las puntuaciones): \_\_\_\_\_**

Referencia: Johns, MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. (Un método nuevo para medir la somnolencia en el día: la escala de somnolencia de Epworth). SLEEP (SUEÑO). 1991;14:540-5.

Patient ID