

**Cuestionario clínico del paciente para visitas posteriores**

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

En comparación con la última visita, ¿qué ha observado en el sueño de su hijo? (marque uno):

- Ha mejorado     Sigue igual     Ha empeorado

¿Tiene preocupaciones en este momento? \_\_\_\_\_

**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:		

**Calidad del sueño:**

Califique lo siguiente: 1 (mala), 2 (moderada) o 3 (buena)	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                         | <input type="checkbox"/> Respiración fatigosa en la noche        | <input type="checkbox"/> Respiración jadeante/resoplidos             |
| <input type="checkbox"/> Pausas en la respiración durante el sueño          | <input type="checkbox"/> Dificultad para quedarse dormido        | <input type="checkbox"/> Habla dormido                               |
| <input type="checkbox"/> Duerme con la boca abierta/boca seca               | <input type="checkbox"/> Dificultad para permanecer dormido      | <input type="checkbox"/> Sonambulismo                                |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal/alergias                          | <input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva durante el día     | <input type="checkbox"/> Terrores nocturnos                          |
| <input type="checkbox"/> Duerme con el cuello extendido                     | <input type="checkbox"/> Ansiedad                                | <input type="checkbox"/> Pesadillas                                  |
| <input type="checkbox"/> Ardor de estómago                                  | <input type="checkbox"/> Depresión                               | <input type="checkbox"/> Actúa cuando está soñando                   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes temprano en la mañana | <input type="checkbox"/> Hiperactividad                          | <input type="checkbox"/> Pérdida del tono muscular con las emociones |
| <input type="checkbox"/> Pataleo frecuente durante el sueño                 | <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela o en el trabajo | <input type="checkbox"/> Incapacidad de moverse al despertar         |
| <input type="checkbox"/> Sensaciones anormales en las piernas/pies          | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse            | <input type="checkbox"/> Convulsiones nocturnas                      |

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

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

Presión actual: \_\_\_\_\_

¿Humidificación caliente?  Sí  No

Tipo de máscara:  Cojincillos nasales     Mascarilla nasal  
 Mascarilla facial completa

¿Molestias con la mascarilla?  Sí  No

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

Número de días de uso: \_\_\_\_\_

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

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

¿Limpieza periódica de la mascarilla?  Sí  No

Compañía DME: \_\_\_\_\_

¿Congestión nasal?  Sí  No

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

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

**Cirugías, hospitalizaciones o diagnósticos médicos desde la última visita:** \_\_\_\_\_

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