



PROGRAMA DE MEDICINA PEDIÁTRICA DEL SUEÑO EN RALEIGH NEUROLOGY
Cuestionario pediátrico del sueño

Parte I: Información General

Fecha _____

Nombre: _____ Sexo: M F

Alergias a medicamentos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso _____ Altura _____

Médico primario _____ Referidor _____

Parte II: Historia de sueño

1. Por favor describa el disturbio del sueño de su hijo: _____

2. ¿Por cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

3. En promedio, ¿a qué hora se acuesta su hijo/a? _____

Noches entre semana: _____

Noches del fin de semana: _____

¿Cuánto tiempo dura su hijo/a para dormirse? _____

En una noche corriente: _____

En una mala noche: _____

En promedio, ¿a qué hora se levanta en la mañana? _____

Las mañanas entre semana: _____

Mañanas en el fin de semana: _____

4. Estimar cuántas horas duerme su hijo/a: _____

En una noche corriente: _____

En una mala noche: _____

5. ¿Cuántas siestas toma su hijo/a durante la semana en promedio? _____ por semana

¿Cuánto tiempo dura la siesta en promedio? _____

6. Su niño/a duerme mejor fuera de casa (en vacaciones, ¿etc.)? SI ____ No ____

Su niño duerme mejor si él o ella está en la cama con usted? SI ____ No ____

7. ¿Cuántas veces se despierta su hijo/a durante la noche? _____

En una noche corriente: _____

En una mala noche: _____

8. Su niño/a ronca en voz alta? SI ____ No ____

9. Indique si usted ha notado su hijo/a: _____

A. de repente despierta jadeando para respirar o falta de aliento SI ____ No ____

B. se despierta con un dolor de cabeza en la mañana SI ____ No ____

C. él/ella se despierta por inhalar ruidosamente SI ____ No ____

D. tiene espasmos en las piernas o contracciones durante la noche SI ____ No ____

E. se despierta confuso/a y deambula durante la noche SI ____ No ____

F. es incapaz de moverse al caer dormido o inmediatamente

al despertar SI ____ No ____

G. tiene episodios de debilidad muscular repentina (parálisis o incapacidad para mover) cuando se ríe, se enoja

o en otras situaciones emocionales SI ____ No ____

H. tiene imágenes visuales vívidas o realísticas mientras se cae dormido/a o

al despertar SI ____ No ____

I. ha experimentado apnea SI ____ No ____

Parte III: Prueba de Trastornos del sueño: su hijo/a hace cualquiera de los siguientes:

- | | |
|---|-----------------|
| A. actúa sus sueños | Si ____ No ____ |
| B. despierta gritando | Si ____ No ____ |
| C. realiza actos repetitivos o aparentemente sin propósitos en la noche | Si ____ No ____ |
| D. despierta aparentemente confundido y luego vuelve a dormir | Si ____ No ____ |
| E. rechinar sus dientes por la noche | Si ____ No ____ |
| F. caminar dormido/a | Si ____ No ____ |

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

Parte IV: Prueba del síndrome de las piernas inquietas: su hijo/a reporta:

- | | |
|--|-----------------|
| A. ¿Una necesidad imperiosa de mover sus piernas – generalmente acompañada con sensación de picazón/bichos/hormigueo o de lo contrario incómoda? | Si ____ No ____ |
| B. ¿Es la sensación peor con descanso (acostado o sentado)? | Si ____ No ____ |
| C. ¿Existe alivio con el movimiento (estiramiento, retorciéndose)? | Si ____ No ____ |
| D. ¿Es la sensación generalmente peor (o solamente allí) en la noche? | Si ____ No ____ |

Parte V: higiene del sueño

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| A. ¿Su niño/a hace ejercicio? | Si ____ No ____ |
|-------------------------------|-----------------|

En caso afirmativo, describe la rutina, incluyendo el tiempo de ejercicio _____

- | | |
|--|-----------------|
| B. ¿Tiene que tomar un baño o una ducha dentro de 2 horas de dormir? | Si ____ No ____ |
|--|-----------------|

- | | |
|--|-----------------|
| C. ¿Tiene que comer dentro de 3 horas de dormir? | Si ____ No ____ |
|--|-----------------|

Si es así, ¿qué come y cuánto? _____

- | | |
|--|-------|
| D. ¿En cuáles actividades participa su niño/a en mientras está en el marco del dormitorio (es decir, video juegos, TV, lectura, teléfono móvil, etc.)? | _____ |
|--|-------|

- | | |
|---|-----------------|
| E. ¿Hay algún problema que interfiere con el sueño de su hijo (por ejemplo, ruido, temperatura en la casa, animales)? | Si ____ No ____ |
|---|-----------------|

- | | |
|---|-----------------|
| F. ¿Su hijo/a reporta problemas con pensamientos que atraviesan su mente en la noche? | Si ____ No ____ |
|---|-----------------|

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Parte VI: Funcionamiento diurno

- | | |
|--|-----------------|
| 1. ¿Su hijo/a tiene un problema con somnolencia severa (sensación muy adormilado o luchando para permanecer despierto) durante el día? | Si ____ No ____ |
|--|-----------------|

- | | |
|---|-----------------|
| 2. ¿Su hijo/a tiene a menudo un problema con rendimiento en la escuela debido a la somnolencia? | Si ____ No ____ |
|---|-----------------|

- | | |
|--|-----------------|
| 3. ¿Su hijo/a se duerme sin querer durante el día? | Si ____ No ____ |
|--|-----------------|

En caso afirmativo, ¿cuántas veces durante la semana en promedio? _____

Parte VII: Escala de somnolencia de EPWORTH:

¿Cuán probable es que su hijo dormite o se duerma en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse cansado? Est+ o se refiere a su forma habitual de vida en los últimos tiempos. Incluso si su hijo no ha hecho algunas de estas cosas recientemente intente resolver cómo le habría afectado.

Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación.

- 0 = nunca dormiría
- 1 = ligera posibilidad de dormir
- 2 = probabilidad moderada de dormir
- 3 = alta probabilidad de dormir

<u>SITUACIÓN</u>	<u>OPORTUNIDAD DE DORMITAR</u>
Sentado y leyendo	_____
Viendo la tele	_____
Sentado, inactivo en un lugar público (e.g. teatro o un salón de clases)	_____
Como pasajero en un auto durante una hora sin descanso	_____
Acostarse a descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permitan	_____
Sentado y hablando con alguien	_____
Sentado tranquilamente después de un almuerzo	_____
En un auto, mientras que se detuvo por unos minutos en el tráfico	_____
	TOTAL _____

Parte VII. Historia Médica

Por favor, marque si su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

☐ Trastorno de déficit de atención/Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	
☐ Frecuentes dolores de cabeza	
☐ Alergias	☐ Frecuentes resfriados, infecciones de la garganta
☐ Ansiedad/ataque de pánico	☐ Reflujo (ácido) gastrointestinal
☐ Asma	☐ Enfermedad genética
☐ Autismo	☐ Problemas auditivos
☐ Parálisis cerebral	☐ Problemas con el alcohol o las drogas
☐ Problemas de las cromosomas (Por ejemplo el síndrome de Down)	☐ Pobre crecimiento o retraso en crecimiento
☐ Tos crónica	☐ Discapacidad de aprendizaje
☐ Dolor crónico	☐ Trastorno obsesivo compulsivo
☐ Depresión	☐ Enfermedad de células falciformes
☐ Problemas del habla	☐ Retraso en el desarrollo
☐ Dificultad para deglutir	☐ Problemas de sinusitis
☐ Dificultades con la memoria o concentración	☐ Problema esquelético (eg., enanismo)
☐ Eczema	☐ Problemas de tiroides
☐ Epilepsia o convulsiones	
☐ Otros (describir por favor) _____	

Parte VIII: Historia Quirúrgica

¿Ha tenido su hijo sus amígdalas y adenoides afeitados? Si ____ No ____

¿En caso afirmativo, en qué año o que edad tenía? _____

Por favor indique cualquier cirugía previa y su fecha:

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

Parte IX: Medicamentos

A. Por favor indique todas las medicaciones que su hijo actualmente está tomando (incluyendo de venta libre, melatonina, etc.):

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

B. Por favor indique todas las medicinas somníferas anteriores:

1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

¿Cuánto de lo siguiente consume su niño durante un día en promedio?

- a) café (con cafeína) _____
b) té (con cafeína) _____
c) refrescos (con cafeína) _____

Parte X: Historia Médica Familiar

Por favor indique cualquier problema médico familiar pertinente (particularmente problemas para dormir): _____

Parte XI: Otra Información

Por favor, añadir cualquier otra información que Usted siente es importante: _____

