



## Hospital Miller Children's Long Beach Laboratorio del Sueño



### Cuestionario del paciente/padre para el Estudio de Sueño

**Nombre del niño(a):** \_\_\_\_\_ **Masculino**  **Femenino**

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Nombre de la persona que llena esta cuestionario:** \_\_\_\_\_

**Parentesco con el niño(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**EMBARAZO/PARTO**

¿ Tuvo un embarazo saludable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, por favor explique:
¿ Duración del embarazo?	Duracion del parto, # de semanas:	
Forma de parto	Vaginal <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/> Ventosa Obstétrica <input type="checkbox"/>
¿ Tuvo problemas con su bebé despues del parto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, por favor explique:

**Por favor díganos acerca de los síntomas y sus preocupaciones presentes vinculadas con el sueño de su hijo(a).**

**Razón por la indicación del Estudio del Sueño: (marque todos los que sean pertinentes)**

<input type="checkbox"/>	Medir los problemas de respiración durante el sueño
<input type="checkbox"/>	Estudio de seguimiento después de una cirugía u otro tratamiento
<input type="checkbox"/>	Evaluar la necesidad de oxígeno adicional durante la noche
<input type="checkbox"/>	Evaluar la necesidad de CPAP o BiPAP
<input type="checkbox"/>	Evaluar si hay asfixia o jadea durante la noche
<input type="checkbox"/>	Evaluar los movimientos y comportamientos inusuales o si es sonámbulo(a) durante la noche
<input type="checkbox"/>	Evaluar el exceso en sueño o siestas durante el día
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Favor de escribir con sus propias palabras cuál es el problema(s) principal(es) o los síntomas presentes de sueño en su hijo(a), qué ha hecho para ayudarle, y qué cosas podrían estar ocasionando estos problemas?

---



---



---



---



---

¿Cirugia para extirpar las amigdales (anginas)?  No  Sí **Sí la respuesta es sí, fecha:** \_\_\_\_\_  
(mes/año)

¿Cirugia para extirpar las adenoides?  No  Sí **Sí la respuesta es sí, fecha:** \_\_\_\_\_

## HORARIO DE DORMIR/DESPERTAR DEL NIÑO(A)

¿Es regular la rutina de sueño de su hijo(a)?

Escuela o días laborales		
Hora usual para acostarse: _____	Hora en que su hijo(a) se duerme completamente: _____	Hora usual de despertarse: _____
Fin de semana o días sin escuela		
Hora usual para acostarse: _____	Hora en que su hijo(a) se duerme completamente: _____	Hora usual de despertarse: _____
Siestas		
<input type="checkbox"/> Ninguna o	Cuántas siestas: _____	Cuánto duerme: _____

Medicamentos presentes (mencione todos, ya sean por receta o a la venta sin receta)
_____
_____

## SÍNTOMAS O PROBLEMAS CON EL SUEÑO

Si el síntoma o el problema no es pertinente para su hijo(a), marque "No es pertinente"

	Usualmente (5-7/semanas)	A veces (2-4/semanas)	Raramente (0-1/semanas)	No es pertinente
Su hijo(a) tiene dificultad para dormirse por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) se despierta una vez por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) se despierta más de una vez por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) duerme muy poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) duerme demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) se orina en la cama durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) hace ruidos/habla mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) es inquieto(a) y se mueve mucho al dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) es sonámbulo(a) durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) rechina los dientes mientras duerme (el dentista le pudo haber dicho esto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) ronca muy fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) parece que deja de respirar mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) resopla y/o jadea mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) se despierta gritando, sudando o inconsolable durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) se despierta alarmado por un sueño espantoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) suda demasiado mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su hijo(a) se queja de sensaciones extrañas en las piernas, como "dolores de crecimiento", por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*¿Alguna vez le ha dicho un maestro, funcionario escolar, médico, enfermero(a) o cualquier otro profesional en la salud que su hijo(a) tiene alguna de las siguientes condiciones?*

	No	Sí	No estoy seguro(a)
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas crónicos pulmonares o de la respiración (QUE NO SEA ASMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traqueotomía (orificio por cirugía en el cuello)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de respirar por su nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias crónicas o problemas en los senos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones frecuentes del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones frecuentes de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cráneo-faciales (por ejemplo – cara o mandíbula pequeña, Pierre-Robin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia (trastorno de convulsiones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espina bífida (problema con la columna vertebral y la parte inferior del cerebro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad muscular (por ejemplo, distrofia muscular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza de migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración auditiva o sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vista deteriorada o ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis crónica o enfermedad reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas crónicos óseos o de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del esqueleto (enanismo, acondroplasia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas genéticos (por ejemplo, Síndrome de Down)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos (por ejemplo, orificio en el corazón, soplo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo gastro-esofágo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaso aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de célula de hoz (Sickle Cell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de hormona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El eczema (alergias de piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a medicinas o alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de atención (ADHD, hiperactividad))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso en el desarrollo o retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo o retraso dominante en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de conducta o emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Admisiones al hospital por problemas psiquiátrico (la salud mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☺ ¡Ya terminó! ¡**Gracias** por todo su tiempo! Entre más información tenemos, más fácil será interpretar el estudio del sueño de su hijo(a). Si usted tiene algo más que desea decirnos acerca de la salud de su hijo(a), tiene comentarios acerca de este cuestionario, o si algunas de las preguntas fueron confusas o hay palabras que no comprendió, favor de decírnoslo.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---