

CUESTIONARIO PEDIÁTRICO DEL SUEÑO PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: _____		Sexo: Hombre Mujer	Fecha de la prueba: _____
Médico que lo derivó: _____		Date of Birth: _____	
Médico que lo derivó: _____		Estatura: _____ pulgadas	Peso: _____ libras.

¿Cuáles son sus mayores preocupaciones sobre el sueño de su hijo?

¿Qué cosas ha intentado para ayudar con los problemas de sueño del niño?

HISTORIA DEL SUEÑO			
Horario normal de sueño			
Número de horas que su hijo duerme en un período de 24 horas incluido lo que duerme durante el día y la noche			_____ horas
Hora a la que su hijo se va a dormir normalmente	En la semana _____ pm/am	Fines de semana _____ pm/am	
Hora a la que su hijo se despierta normalmente	En la semana _____ pm/am	Fines de semana _____ pm/am	
Número de días que su hijo duerme siesta _____ días			
Horario de las siestas	Siesta 1: _____	Siesta 2: _____	Siesta 3: _____

Sueño en general		
¿Tiene el niño una rutina para irse a dormir?	Sí	No
¿El niño tiene su propia recámara?	Sí	No
¿Tiene su propia cama?	Sí	No
¿Hay un padre presente cuando el niño se duerme?	Sí	No
¿Hay una televisión, computadora o radio en el cuarto del niño?	Sí	No
El niño por lo general duerme...	El niño duerme la mayor parte de la noche...	El niño por lo general despierta en la mañana...
<input type="checkbox"/> En su propio cuarto y su propia cama (solo) <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus papás en su propia cama <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus papás en la cama de sus papás <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus hermanos en su propia cama <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus hermanos en la cama de sus hermanos <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> En su propio cuarto y su propia cama (solo) <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus papás en su propia cama <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus papás en la cama de sus papás <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus hermanos en su propia cama <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus hermanos en la cama de sus hermanos <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> En su propio cuarto y su propia cama (solo) <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus papás en su propia cama <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus papás en la cama de sus papás <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus hermanos en su propia cama <input type="checkbox"/> En el cuarto de sus hermanos en la cama de sus hermanos <input type="checkbox"/> Otro:
La persona que acuesta al niño por lo general es: <input type="checkbox"/> La mamá <input type="checkbox"/> El papá <input type="checkbox"/> Un hermano <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Otro		

¿Su hijo hace algo de lo siguiente?...	
¿Se resiste para acostarse?	Si es así, ¿Cuánto tiempo ha sido un problema? _____ años _____ meses
¿Le cuesta trabajo dormirse?	Si es así, ¿Cuánto tiempo ha sido un problema? _____ años _____ meses
¿Se despierta durante la noche?	Si es así, ¿Cuánto tiempo ha sido un problema? _____ años _____ meses
Después de una pesadilla, ¿Le cuesta trabajo dormirse de nuevo?	Si es así, ¿Cuánto tiempo ha sido un problema? _____ años _____ meses
¿Le cuesta trabajo despertarse en la mañana?	Si es así, ¿Cuánto tiempo ha sido un problema? _____ años _____ meses
¿Su hijo duerme mal?	Si es así, ¿Cuánto tiempo ha sido un problema? _____ años _____ meses



PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

PATIENT INFORMATION		
Name: _____	Gender: Male Female	Date of Test: _____
Referring Physician: _____	Age/Sex: _____	Date of Birth: _____
	Height: _____ inches	Weight: _____ lbs.

What are your major concerns about your child's sleep?

What things have you tried to help your child's sleep issues?

SLEEP HISTORY			
Usual Sleep Schedule			
Number of hours your child sleeps during a 24-hour period including day and nighttime sleep			_____ hours
Your child's usual bedtime	Weekdays _____ pm/am	Weekends _____ pm/am	
Your child's usual wake time	Weekdays _____ am/pm	Weekends _____ am/pm	
Number of days each week your child naps			_____ days
Usual nap times	Nap 1: _____	Nap 2: _____	Nap 3: _____

General Sleep		
Does your child have a regular bed time routine?	Yes	No
Does your child have their own bedroom?	Yes	No
Does your child have their own bed?	Yes	No
Is a parent present when your child falls asleep?	Yes	No
Is there a television, computer or radio in your child's room?	Yes	No
Child usually falls asleep... <input type="checkbox"/> Own room in own bed (alone) <input type="checkbox"/> Parents' room in own bed <input type="checkbox"/> Parents' room in parents' bed <input type="checkbox"/> Sibling's room in own bed <input type="checkbox"/> Sibling's room in sibling's bed <input type="checkbox"/> Other:	Child sleeps most the night in... <input type="checkbox"/> Own room in own bed (alone) <input type="checkbox"/> Parents' room in own bed <input type="checkbox"/> Parents' room in parents' bed <input type="checkbox"/> Sibling's room in own bed <input type="checkbox"/> Sibling's room in sibling's bed <input type="checkbox"/> Other:	Child usually wakes in the morning... <input type="checkbox"/> Own room in own bed (alone) <input type="checkbox"/> Parents' room in own bed <input type="checkbox"/> Parents' room in parents' bed <input type="checkbox"/> Sibling's room in own bed <input type="checkbox"/> Sibling's room in sibling's bed <input type="checkbox"/> Other:
Child is usually put to bed by: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Other		

Does your child...		
Resist going to bed?	If yes, how long has this been a problem?	_____ years _____ months
Have difficulty falling asleep?	If yes, how long has this been a problem?	_____ years _____ months
Awaken during the night?	If yes, how long has this been a problem?	_____ years _____ months
After a nightmare, have difficulty falling back to sleep?	If yes, how long has this been a problem?	_____ years _____ months
Have difficulty awakening in the morning?	If yes, how long has this been a problem?	_____ years _____ months
Is your child a poor sleeper?	If yes, how long has this been a problem?	_____ years _____ months

CUESTIONARIO PEDIÁTRICO DEL SUEÑO PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

Síntomas actuales del sueño	Frecuencia con la que ocurren					
	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Regularmente	Frecuentemente	No sé
Dificultad para respirar mientras duerme						
Deja de respirar mientras duerme						
Ronca						
Sueño agitado						
Suda mientras duerme						
Somnolencia durante el día						
Poco apetito						
Pesadillas						
Sonambulismo (caminar dormido)						
Habla dormido						
Grita en sueños						
Patea mientras duerme						
Se despierta en la noche						
Se levanta de la cama en la noche						
Le cuesta trabajo quedarse en su cama en las noches						
Se resiste a acostarse a la hora de dormir						
Rechina los dientes						
Sensación incómoda en las piernas: hormigueo						
Moja la cama						

Síntomas actuales durante el día	Frecuencia con la que ocurren					
	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Regularmente	Frecuentemente	No sé
Dificultad para despertarse en la mañana						
Se duerme en la escuela						
Duerme siesta después de la escuela						
Somnolencia durante el día						
Se siente débil o pierde control de los músculos con emociones fuertes (risa o miedo)						
Dice que no puede moverse cuando se está durmiendo o cuando se está despertando						
Dice que ve cosas extrañas o que dan miedo antes de quedarse dormido o despertarse						

Antecedentes familiares del sueño				
Insomnio	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)
Roncar	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)
Síndrome de las piernas inquietas	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)
Sonambulismo /hablar dormido	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)
Pesadillas	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)
Otro:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)

PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

Current Sleep Symptoms	Frequency of Occurrence					
	Never	Rarely	Occasionally	Regularly	Frequently	Don't Know
Difficulty breathing when asleep						
Stops breathing during sleep						
Snores						
Restless sleep						
Sweating when sleeping						
Daytime sleepiness						
Poor appetite						
Nightmares						
Sleepwalking						
Sleep talking						
Screaming in their sleep						
Kicks legs during sleep						
Wakes up at night						
Gets out of bed at night						
Trouble staying in their bed at night						
Resists going to bed at bedtime						
Grinds their teeth						
Uncomfortable feeling in their legs: creepy-crawly						
Wets bed						

Current Daytime Symptoms	Frequency of Occurrence					
	Never	Rarely	Occasionally	Regularly	Frequently	Don't Know
Trouble getting up in the morning						
Falls asleep in school						
Naps after school						
Daytime sleepiness						
Feels weak or loses control of their muscles with strong emotions (laughter/fear)						
Reports being unable to move when falling asleep or waking up						
Reports seeing strange or frightening images before falling asleep or waking up						

Family Sleep History				
Insomnia	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Brother/sister	<input type="checkbox"/> Grandparent
Snoring	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Brother/sister	<input type="checkbox"/> Grandparent
Sleep apnea	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Brother/sister	<input type="checkbox"/> Grandparent
Restless leg syndrome	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Brother/sister	<input type="checkbox"/> Grandparent
Sleepwalking/talking	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Brother/sister	<input type="checkbox"/> Grandparent
Nightmares	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Brother/sister	<input type="checkbox"/> Grandparent
Other:	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Father	<input type="checkbox"/> Brother/sister	<input type="checkbox"/> Grandparent

CUESTIONARIO PEDIÁTRICO DEL SUEÑO PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

HISTORIA MÉDICA Y PSIQUIÁTRICA

Historia médica pasada

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas en los senos nasales
<input type="checkbox"/> Bronquitis o tos crónica
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Resfríos o influenza frecuentes
<input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes
<input type="checkbox"/> Infecciones de garganta (faringitis) frecuentes
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar
<input type="checkbox"/> Reflujo ácido (GERD)
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista
<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia
<input type="checkbox"/> Traumatismo de cráneo grave | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza matutinos/migrañas
<input type="checkbox"/> Retraso o mal crecimiento
<input type="checkbox"/> Peso excesivo
<input type="checkbox"/> Problemas de oído
<input type="checkbox"/> Problemas del habla
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Enfermedades cromosómicas: (Trisomía 21, etc.)
<input type="checkbox"/> Trastornos esqueléticos: (enanismo, etc.) | <input type="checkbox"/> Trastornos cráneo-faciales
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides
<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo
<input type="checkbox"/> Hiperactividad/ADD/ADHD
<input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico
<input type="checkbox"/> Trastornos obsesivo-compulsivos
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje
<input type="checkbox"/> Trastornos del comportamiento |
|---|---|---|

Escriba cualquier enfermedad o padecimiento grave que no esté en la lista, o de más detalles de los problemas anteriores:

Escriba todos los medicamentos actuales y las dosis que toma:

Cirugías y hospitalizaciones

- | | |
|---|--------------------------------|
| ¿Le quitaron las anginas a su hijo? | Si es así, ¿a qué edad?: _____ |
| ¿Le quitaron las adenoides a su hijo? | Si es así, ¿a qué edad?: _____ |
| ¿Alguna vez le pusieron tubos en los oídos? | Si es así, ¿a qué edad?: _____ |

Por favor escriba cualquier otra hospitalización o cirugía:

Hábitos de salud

¿Su hijo toma bebidas con cafeína?
(bebidas energéticas, refrescos, té, café, etc.) Si es así, ¿cuántas al día?: _____

Desempeño escolar actual

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| ¿Su hijo asiste a la escuela? | Sí | No | | | |
| ¿Está en alguna clase de educación especial? | Sí | No | | | |
| ¿Cuántos días ha faltado a la escuela este año? | _____ días | | | | |
| Calificaciones de su hijo este año: | <input type="checkbox"/> Excelentes | <input type="checkbox"/> Buenas | <input type="checkbox"/> Promedio | <input type="checkbox"/> Malas | <input type="checkbox"/> Reprobado |
| Calificaciones de su hijo el año pasado: | <input type="checkbox"/> Excelentes | <input type="checkbox"/> Buenas | <input type="checkbox"/> Promedio | <input type="checkbox"/> Malas | <input type="checkbox"/> Reprobado |

Alergias y sensibilidades

- | | |
|------------------------------|--|
| Alergia a la cinta adhesiva: | Si es así, descríbalas o enumérelas: _____ |
| Alergias al látex: | Si es así, descríbalas o enumérelas: _____ |
| Alergias a medicamentos: | Si es así, descríbalas o enumérelas: _____ |
| Otras: | Si es así, descríbalas o enumérelas: _____ |

Persona que llenó este cuestionario y relación con el niño:

Nombre: _____ **Relación:** _____

PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

MEDICAL AND PSYCHIATRIC HISTORY

Past Medical History		
<input type="checkbox"/> Sinus problems <input type="checkbox"/> Chronic bronchitis or cough <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Frequent colds or flu <input type="checkbox"/> Frequent ear infections <input type="checkbox"/> Frequent strep throat infections <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing <input type="checkbox"/> Acid reflux (GERD) <input type="checkbox"/> Vision problems <input type="checkbox"/> Seizures/epilepsy <input type="checkbox"/> Severe head injury	<input type="checkbox"/> Morning headaches/migraines <input type="checkbox"/> Poor or delayed growth <input type="checkbox"/> Excessive weight <input type="checkbox"/> Hearing problems <input type="checkbox"/> Speech problems <input type="checkbox"/> Cerebral palsy <input type="checkbox"/> Heart disease <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Sickle cell anemia <input type="checkbox"/> Chromosome disorders: (Trisomy 21, etc) <input type="checkbox"/> Skeletal disorders: (dwarfism, etc.)	<input type="checkbox"/> Cranio-facial disorders <input type="checkbox"/> Thyroid problems <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Developmental delay <input type="checkbox"/> Hyperactive/ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Anxiety/Panic attacks <input type="checkbox"/> Obsessive compulsive disorders <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Learning disability <input type="checkbox"/> Behavior disorders

List any major medical conditions or illnesses that are not listed, or elaborate on above problems:

Please list all current medications and dosages:		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Surgeries and Hospitalizations	
Has your child ever had their tonsils removed?	If yes, at what age: _____
Has your child ever had their adenoids removed?	If yes, at what age: _____
Has your child ever had ear tubes?	If yes, at what age: _____
Please list any additional hospitalizations or surgeries:	

Health Habits	
Does your child drink caffeinated beverages (energy drinks, soda, tea, coffee, etc.)	If yes, what and how much per day: _____

Current School Performance			
Is your child attending school?	Yes	No	
Is your child in any special education classes?	Yes	No	
How many school days has your child missed so far this year	_____	days	
Child's grades this year:	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Failing
Child's grades last year:	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Failing

Allergies and Sensitivities	
Tape allergies:	If yes, describe or list: _____
Latex allergies:	If yes, describe or list: _____
Medication allergies:	If yes, describe or list: _____
Other:	If yes, describe or list: _____

Person completing this child sleep questionnaire/relationship to child:

Name: _____ **Relationship:** _____