

**CUESTIONARIO DEL SUEÑO PARA ADULTOS
ADULT SLEEP QUESTIONNAIRE**

POR FAVOR COMPLETE EL CUESTIONARIO Y TRÁIGALO A SU SIGUIENTE CITA

NOMBRE: _____ EDAD/SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 Índice de Masa Corporal (BMI): _____ CIRCUNFERENCIA DEL CUELLO: _____ PESO: _____
 ESTATURA: _____ DOCTOR QUE LO DERIVÓ: _____

¿Por qué motivo lo derivó su médico para que le hagan un estudio de sueño? _____

HÁBITOS DE SUEÑO

Marque en cada recuadro los problemas que tiene ACTUALMENTE.

<input type="checkbox"/>	Ronquidos fuertes	<input type="checkbox"/>	Pesadillas
<input type="checkbox"/>	Despertarse con frecuencia en la noche	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza en la mañana
<input type="checkbox"/>	Sensación de ahogo por las noches	<input type="checkbox"/>	Boca seca en las mañanas
<input type="checkbox"/>	Jadear mientras duerme	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo (caminar dormido)
<input type="checkbox"/>	Apnea observada (Me han dicho que dejo de respirar cuando duermo)	<input type="checkbox"/>	Terrores nocturnos
<input type="checkbox"/>	Sueño agitado	<input type="checkbox"/>	Morderse la lengua mientras duerme
<input type="checkbox"/>	Despertarse sintiéndose cansado	<input type="checkbox"/>	Mojar la cama
<input type="checkbox"/>	Hormigueo en las piernas cuando trata de dormir	<input type="checkbox"/>	Actuar sus sueños
<input type="checkbox"/>	Patear mientras duerme	<input type="checkbox"/>	Sentirse paralizado al dormirse o despertarse
<input type="checkbox"/>	Calambres en las piernas mientras duerme	<input type="checkbox"/>	Imágenes irreales al dormirse o despertarse
<input type="checkbox"/>	Dificultad para quedarse dormido o permanecer dormido en las noches	<input type="checkbox"/>	Debilidad repentina cuando se ríe
<input type="checkbox"/>	Pensamientos acelerados cuando trata de dormir	<input type="checkbox"/>	Debilidad repentina cuando está asustado
<input type="checkbox"/>	Mayor tensión muscular cuando trata de dormir	<input type="checkbox"/>	Ataques de sueño incontrolables durante el día
<input type="checkbox"/>	Temor de no poder dormir	<input type="checkbox"/>	Quedarse dormido inesperadamente
<input type="checkbox"/>	No poder dormirse de nuevo después de despertarse en la noche	<input type="checkbox"/>	Quedarse dormido en la escuela o el trabajo
<input type="checkbox"/>	Estar acostado en cama preocupado por no dormir	<input type="checkbox"/>	Quedarse dormido mientras maneja
<input type="checkbox"/>	Despertarse demasiado temprano en la mañana	<input type="checkbox"/>	Cambios recientes en los horarios de dormir
<input type="checkbox"/>	Hablar dormido	<input type="checkbox"/>	Turno de su trabajo interfiere con el sueño
<input type="checkbox"/>	Sudar mucho durante la noche	<input type="checkbox"/>	Uso pastillas para dormir para poder dormir
<input type="checkbox"/>	Despertar con acidez estomacal o reflujo	<input type="checkbox"/>	Uso alcohol para poder dormir
<input type="checkbox"/>	Despertarse para orinar	<input type="checkbox"/>	Dolor que interfiere con el sueño; ¿Dónde le duele?
<input type="checkbox"/>	Rechinar los dientes mientras duerme	<input type="checkbox"/>	

SÍNTOMAS Y MOLESTIAS DURANTE EL DÍA

¿Duerme siestas? Sí No

Si, sí lo hace: ¿Con qué frecuencia duerme siestas? _____ veces a la semana

¿Qué tan largas son las siestas? _____ minutos.

¿Se siente descansado y renovado? Sí No



ADULT SLEEP QUESTIONNAIRE

PLEASE FILL OUT AND BRING TO YOUR SLEEP STUDY

NAME: _____ AGE/SEX: _____ DATE OF BIRTH: _____

BMI: _____ NECK CIRCUMFERENCE: _____ WEIGHT: _____

HEIGHT: _____ REFERRING PHYSICIAN: _____

What was the reason your physician referred you to have a sleep study performed? _____

SLEEP HABITS

CHECK the box for each problem you CURRENTLY HAVE

<input type="checkbox"/>	Loud snoring	<input type="checkbox"/>	Nightmares
<input type="checkbox"/>	Frequent awakenings at night	<input type="checkbox"/>	Morning headaches
<input type="checkbox"/>	Choking for breath at night	<input type="checkbox"/>	Morning dry mouth
<input type="checkbox"/>	Gasping during sleep	<input type="checkbox"/>	Sleepwalking
<input type="checkbox"/>	Witnessed Apnea	<input type="checkbox"/>	Sleep terrors
<input type="checkbox"/>	(I've been told that I stop breathing when asleep) Restless sleep	<input type="checkbox"/>	Tongue biting in sleep
<input type="checkbox"/>	Awaken un-refreshed	<input type="checkbox"/>	Bedwetting
<input type="checkbox"/>	Crawling feelings in legs when trying to sleep	<input type="checkbox"/>	Acting out dreams
<input type="checkbox"/>	Leg-kicking during sleep	<input type="checkbox"/>	Feeling paralyzed when falling asleep or waking up
<input type="checkbox"/>	Leg cramps in sleep	<input type="checkbox"/>	Dreamlike images when falling asleep or waking up
<input type="checkbox"/>	Trouble falling asleep or staying asleep at night	<input type="checkbox"/>	Sudden weakness when laughing
<input type="checkbox"/>	Racing thoughts when trying to sleep	<input type="checkbox"/>	Sudden weakness when afraid
<input type="checkbox"/>	Increased muscle tension when trying to sleep	<input type="checkbox"/>	Uncontrollable daytime sleep attacks
<input type="checkbox"/>	Fear of being unable to sleep	<input type="checkbox"/>	Falling asleep unexpectedly
<input type="checkbox"/>	Inability to fall back asleep after awakening at night	<input type="checkbox"/>	Falling asleep at work or school
<input type="checkbox"/>	Laying in bed worrying when trying to sleep	<input type="checkbox"/>	Falling asleep while driving
<input type="checkbox"/>	Waking too early in the morning	<input type="checkbox"/>	Recent change in sleep schedule
<input type="checkbox"/>	Sleep talking	<input type="checkbox"/>	Shift work interfering with sleep
<input type="checkbox"/>	Sweating a lot at night	<input type="checkbox"/>	I use sleeping pills to help me sleep
<input type="checkbox"/>	Waking up with heartburn or reflux	<input type="checkbox"/>	I use alcohol to help me sleep
<input type="checkbox"/>	Waking up to urinate	<input type="checkbox"/>	Pain interfering with sleep; where is the pain?
<input type="checkbox"/>	Teeth grinding during sleep	<input type="checkbox"/>	

DAYTIME SYMPTOMS & COMPLAINTS

Do you nap? Yes No

If yes: How often do you nap? _____ times per week

How long are your naps? _____ minutes

Do you feel rested and refreshed? Yes No

**CUESTIONARIO DEL SUEÑO PARA ADULTOS
ADULT SLEEP QUESTIONNAIRE**

HISTORIA DEL SUEÑO

Por favor denos la siguiente información:

Hora de dormir en la SEMANA _____ AM / PM
 Hora a la que se despierta en la SEMANA _____ AM / PM
 Hora de dormir los FINES DE SEMANA _____ AM / PM
 Hora a la que se despierta los FINES DE SEMANA _____ AM / PM
 ¿Le han hecho algún estudio del sueño anteriormente? Sí No
 Si es así, por favor indique dónde se lo hicieron.

¿Trabaja usted por turnos? Sí No
 Si es así: ¿Qué tipo de trabajo hace? _____
 ¿Usa usted una máquina CPAP o BiPAP en casa? Sí No
 ¿Cuáles son los ajustes de presión que tiene la máquina? _____ cm H2O
 ¿Usa oxígeno en casa? Sí No
 ¿Cuál es el flujo de litros de oxígeno? _____ litros por minuto.
 ¿Cuánto tiempo ha usado el oxígeno en casa? _____
 ¿Usa el oxígeno para dormir únicamente? Sí No

Por favor denos el nombre de su compañía de atención médica a domicilio (DME)

Por favor califique qué tan probable es que se quede dormido durante cada situación. Marque sus respuestas con un círculo del 0 al 3 cuál describe mejor cada situación y sume sus respuestas. Aún si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de recordar cómo le afectarían.

0 puntos = Nunca me quedaría dormido **2 puntos** = Posibilidad moderada de quedarme dormido
1 puntos = Leve posibilidad de quedarme dormido **3 puntos** = Alta posibilidad de quedarme dormido

SITUACIÓN

A.	Sentado mientras leo	0	1	2	3
B.	Viendo la televisión	0	1	2	3
C.	Sentado, inactivo en un lugar público (como en el teatro o una junta)	0	1	2	3
D.	Como pasajero en un carro durante una hora sin parar	0	1	2	3
E.	Acostado para descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
F.	Sentado mientras habla con alguien	0	1	2	3
G.	Sentado tranquilamente después de comer	0	1	2	3
H.	En un carro, mientras está detenido por unos minutos en el tráfico	0	1	2	3
	Totales				
					TOTAL

ADULT SLEEP QUESTIONNAIRE

SLEEP HISTORY

Please provide the following information:

Your bedtime on WEEKDAYS _____ AM / PM
 Time you get up on WEEKDAYS _____ AM / PM
 Your bedtime on WEEKENDS _____ AM / PM
 Time you get up on WEEKENDS _____ AM / PM
 Have you ever had a sleep study before? Yes No
 If yes: Please indicate where and when you had the study.

Are you a shift worker? Yes No
 If yes: What kind of shift do you work? _____
 Do you currently use a CPAP or BiPAP machine at home? Yes No
 What are your current pressure settings? _____ cm H₂O
 Are you on home oxygen? Yes No
 What liter flow of oxygen? _____ liters per minute.
 How long have you been on home oxygen? _____
 Do you use the oxygen for sleep only? Yes No

Please provide the name of your Home Health Company (DME)

Please rate how likely you would be to actually doze off during each situation. Score your rating by circling a number from 0 to 3 points which best describes each situation and total your answers. Even if you have not done some of these things recently, try to recall how they would likely affect you.

0 points = Would never fall asleep **2 points** = Moderate chance of falling asleep
1 point = Slight chance of falling asleep **3 points** = High chance of falling asleep

SITUATION

A.	Sitting and reading	0	1	2	3
B.	Watching TV	0	1	2	3
C.	Sitting, inactive in a public place (e.g., theater or meeting)	0	1	2	3
D.	As a passenger in a car for an hour without a break	0	1	2	3
E.	Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	0	1	2	3
F.	Sitting down and talking to someone	0	1	2	3
G.	Sitting quietly after a lunch	0	1	2	3
H.	In a car, while stopped for a few minutes in traffic	0	1	2	3
	Totals				
				TOTAL	

**CUESTIONARIO DEL SUEÑO PARA ADULTOS
ADULT SLEEP QUESTIONNAIRE**

HISTORIA MÉDICA

Marque las enfermedades que tiene o ha tenido en el pasado:

Enfermedad	Actual	Pasada	Enfermedad	Actual	Pasada
Diabetes			Anemia		
Presión arterial alta			Úlceras pépticas		
Accidente cerebrovascular			Reflujo ácido (acidez estomacal)		
Insuficiencia cardíaca (CHF)			Enfermedad renal		
Infarto de miocardio			Enfermedad de la tiroides		
Angina			Artritis		
Enfisema o EPOC (COPD)			Dolor de espalda		
Asma			Traumatismo cerebral		
Tuberculosis			Dolores de cabeza graves		
Otras enfermedades pulmonares			Epilepsia (convulsiones)		
Alergias nasales			Pérdida del conocimiento (desmayos)		
Rinorrea o congestión nasal			Depresión		
Problemas hormonales			Trastorno de ansiedad		
Problemas urológicos			Problemas con el alcohol		
Problemas en la próstata			Problemas con drogas		

Por favor escriba sus hospitalizaciones. Escriba las razones de cada hospitalización y las fechas (como mejor pueda recordar)

Razón de la hospitalización	Fecha

MEDICAMENTOS

Escriba cualquier medicamento que haya tomado durante los últimos 6 meses. Incluya vitaminas, o suplementos naturistas.

Nombre	Dosis	Frecuencia	¿Cuánto tiempo lo tomó?	¿Razón por la que lo tomó?	¿Aún lo toma?	
					Sí	No

ADULT SLEEP QUESTIONNAIRE

MEDICAL HISTORY

Check if you have now or have had in the past any of the following:

Condition	Current	Previous	Condition	Current	Previous
Diabetes			Anemia		
High Blood Pressure			Peptic Ulcers		
Stroke			Acid Reflux (Heartburn)		
Heart Disease or CHF			Kidney Disease		
Heart Attack			Thyroid Disease		
Angina			Arthritis		
Emphysema or COPD			Back Pain		
Asthma			Head Trauma		
Tuberculosis			Severe Headaches		
Other Lung Disease			Epilepsy (Seizures)		
Nasal Allergies			Passing Out Spells (Fainting)		
Runny or Blocked Nose			Depression		
Hormonal Problem			Anxiety Disorder		
Urological Problem			Problems With Alcohol		
Prostate Problem			Problems With Drugs		

Please list hospitalizations. Please give the reasons for each hospitalization and the dates (as best you can remember).

Reason for Hospitalization	Date

MEDICATIONS

Please list any medications you have taken in the last 6 months. Including vitamins or herbal supplements.

Name	Dose	Frequency	How long taken?	Reason for taking?	Still taking?	
					Yes	No

**CUESTIONARIO DEL SUEÑO PARA ADULTOS
ADULT SLEEP QUESTIONNAIRE****ALERGIAS**

No tiene alergias que sepa

Escriba cualquier alergia o intolerancia que tenga a **medicamentos, comida o ambientales**.

Alergia:	Reacción:

ANTECEDENTES SOCIALES

Por favor escriba su promedio actual para cada categoría a continuación:

_____ Número de cigarrillos que fuma al día

_____ Otros productos de tabaco que usa al día (pipa o puros)

¿Ha fumado alguna vez en su vida? Sí No

¿Cuándo? _____

Si fuma o fumaba:

¿Cuál es la cantidad que más ha fumado? _____

Si dejó de fumar, ¿cuándo dejó de fumar? _____

_____ Tazas de café regular al día

_____ Vasos de refresco de cola u otras bebidas con cafeína al día

_____ Latas de cerveza al día (12 oz)

_____ Copas de vino al día (3-4 oz)

_____ Bebidas alcohólicas al día (1-2 oz solas o mezcladas)

Si usted bebe alcohol:

¿Necesita una bebida para despertarse en las mañanas? Sí No

¿Ha sentido la necesidad de dejar de beber? Sí No

¿Cuál es su estado civil?

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Vivo con una pareja

¿En qué trabaja? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Tiene antecedentes familiares de alguna enfermedad grave? Sí No

Si es así, por favor descríbalos: _____

¿Tiene antecedentes familiares de problemas del sueño? Sí No

Si es así, por favor descríbalos: _____

_____ La información proporcionada es correcta a mi mejor saber y entender.

Iniciales

_____ ¿Le gustaría participar en un estudio de investigación clínica?

Iniciales

ADULT SLEEP QUESTIONNAIRE

ALLERGIES

No known allergies

List any allergies and intolerances to **medications, food or the environment.**

Allergy:	Reaction:

SOCIAL HISTORY

Please list your current average for each category below:

_____ Number of cigarettes smoked per day

_____ Other tobacco products used per day (pipe or cigars)

Have you ever smoked? Yes No

When: _____

If you smoke or have ever smoked:

What is the most you have ever smoked? _____

If you have quit, when did you quit? _____

_____ Cups of regular coffee per day

_____ Glasses of cola or other beverages containing caffeine per day

_____ Cans of beer per day (12 oz)

_____ Glasses of wine per day (3-4 oz)

_____ Alcoholic drinks per day (1-2 oz straight or mixed)

If you drink alcohol:

Do you need an eye opener in the morning? Yes No

Have you felt the need to quit? Yes No

What is your current relationship status?

Single Married Divorced Widowed Separated Living with someone

What is your occupation? _____

FAMILY HISTORY

Do you have a family history of any major disease? Yes No

If yes please describe: _____

Do you have any family history of sleep disorders? Yes No

If yes please describe: _____

_____ The information provided above is accurate to the best of my knowledge.

Initials

_____ Would you be willing to participate in a Clinical Research Study?

Initials