

**Eastlake Sleep Center**  
**841 Kuhn Drive, Suite 201**  
**Chula Vista, CA 91914**  
**(619) 623-3816**  
**(619) 623-3824**



### ***Cuestionario para el paciente del sueño***

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Sexo: M F Teléfono: \_\_\_\_\_  
Referir a médico: \_\_\_\_\_

*Conteste por favor todas las preguntas. Si usted no sabe la respuesta, ni entiende la pregunta, inserte un signo de interrogación en el espacio. **Traiga el cuestionario completo a la cita de su doctor siguiente o al estudio de noche del sueño.** Gracias.*

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Ronco en mi sueño   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Me dicen que ronco en alta voz y que incomodo a otros   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me dicen que paro de respirar (dejo de respirar) cuando estoy durmiendo   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Despierto del sueño con la boca seca  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Tengo problema con la congestión(la obstrucción de las fosas nasales en la noche  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Despierto repentinamente con dificultad para respirar,(sin poder respirar)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Sudo mucho en mi sueño  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Hago rechinar mis dientes mientras duermo   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Despierto del sueño con dolor de cabeza   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Mi sueño es perturbado por acidez del estómago y regurgitación   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Mis sábanas de la cama están en desorden por la mañana   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Mis movimientos de las piernas durante mi sueño incomodan a mi socio de la cama  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mi sueño es perturbado por las “piernas inquietas” (una sensación de adormesimiento, dolor, e incapacidad de mantener mis piernas quietas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Llave de la respuesta: 1 nunca 2 raramente 3 a veces 4 generalmente 5 siempre**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 14. Me siento incapaz de moverme (paralizado) después de una siesta                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Tengo imágenes como sueños (alucinaciones) cuando despierto,<br>aun cuando sé que no estoy dormido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Siento las “rodillas débiles” cuando río   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Siento debilidad muscular repentina cuando río, estoy molesto,<br>o sentimental.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Suelo hacer caer cosas cuando me río   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Estoy excesivamente soñoliento durante el día  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Un golpe me dejó inconciente   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. De niño caminaba dormido   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. De adulto he caminado dormido  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. He despertado gritando, confundido, y ocasionalmente violento<br>(“terrores nocturnos”)            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Tengo convulsiones   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Duermo muy poco en la noche  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Generalmente duermo mal  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Tengo problemas para empezar a dormir  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Despierto y me siento en la cama a menudo durante la noche   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. A la hora de dormir tengo muchos pensamientos en mi mente  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Al dormir me preocupo de cosas   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. A la hora de dormir, me preocupo de no poder dormir  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Después de despertar en la noche, temo que no podré volver a<br>dormir                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Duermo mejor en lugares desconocidos tales como el cuarto del<br>hotel                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Me siento que soy útil y necesario   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. He considerado o atentado suicidarme   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Tomo alcohol para poder dormir   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Fumo tabaco dentro de las dos horas antes de dormir  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Utilizo medicaciones recetadas para ayudarme a dormir  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Utilizo medicinas sin receta para poder dormir   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Llave de la respuesta: 1 nunca 2 raramente 3 a veces 4 generalmente 5 siempre**

40. Utilizo técnicas de relajación o imágenes mentales (e.g. contando ovejas) para ayudarme a dormir 1 2 3 4 5
41. Duermo mejor después de tener sexo 1 2 3 4 5
42. (Hombres) tengo problemas para tener o mantener una erección 1 2 3 4 5
43. (Hombres) despierto a menudo con una erección durante la noche o por la mañana 1 2 3 4 5
44. (Mujeres) he pasado a través de la menopausia (“cambio de la vida”) 1 2 3 4 5
45. (Mujeres) mi sueño en la noche es afectado por mi ciclo menstrual 1 2 3 4 5

***Respuesta: 1 nunca 2 raramente 3 a veces 4 generalmente 5 siempre***

46. Cuántas horas del sueño consigue usted en promedio en la noche? \_\_\_\_\_
47. Cuánto tiempo es su período más largo que esta despierto en la noche? \_\_\_\_\_
48. Cuántas siestas toma usted durante la semana? \_\_\_\_\_
49. Cuántas veces en la noche se levanta usted para orinar? \_\_\_\_\_
50. Cuántos accidentes vehiculares ha tenido usted debido a quedarse dormido manejando? \_\_\_\_\_
51. Cuántos accidentes ha estado a punto de tener debido a exceso de sueño? \_\_\_\_\_
52. Cuánto mide usted? \_\_\_\_\_
- 53.Cuál es su peso actual? \_\_\_\_\_
- 54.Cuál era su peso hace un año? \_\_\_\_\_
- 55.Cuál era su peso a la edad de 20? \_\_\_\_\_
56. Cuántas tazas de café bebe usted en un día? \_\_\_\_\_
57. Cuántas tazas de té bebe usted en un día? \_\_\_\_\_
58. Cuántas latas de soda bebe usted en un día? \_\_\_\_\_
59. Usted ha tenido alguna vez un estudio de sueño?    Sí    No

Si sí, cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

Describa brevemente sus problemas del sueño:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Enumere todas las cirugías u operaciones anteriores:*

<b>SURGERY</b>	<b>FECHA</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

*Problemas médicos crónicos: (marque aplicable y explique)*

- Diabetes
- Tensión arterial alta
- Colesterol elevado
- Ataque del corazón
- Accidente cerebro vascular
- Convulsiones
- Asma
- COPD/Emphysema
- Pulmonía
- Cáncer
- Rinitis alérgica
- Depresión
- Acidez o o reflujo estomacal
- Enfermedad de tiroides
- Artritis
- Úlceras
- Otro (explique)

**Medicinas actuales:**

<b>MEDICACIÓN</b>	<b>DOSIS</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

**Es usted alérgico a algún medicamento?    Sí    No**

Si sí, a cuál?

**Historia personal:**

Ocupación (incluya una breve descripción de sus funciones):

Militares: Rama de Servicio \_\_\_\_\_ Rank \_\_\_\_\_ Rate \_\_\_\_\_

Retirado?    Sí    No                      Años de Servicio \_\_\_\_\_

Si esta en servicio activo, dónde esta usted estacionado?

Cual es el más alto nivel de educación: Secundaria    College    Post grado(PhD, Master)  
Otro: \_\_\_\_\_

Usted fuma cigarrillos?                      Sí                      No

Si sí, cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_                      Cuántos años? \_\_\_\_\_

Si fumó antes, cuánto fumó usted y por cuántos años? (ejemplo: 1 paquete/día por 20 años)

Cuándo dejó de fumar \_\_\_\_\_

Bebe usted el alcohol?                      Sí                      No