

Bienvenido al Centro del sueño de Uintah Basin Healthcare. ¡Nos complace trabajar con usted para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de sueño!

Valoramos mucho su cita con nuestro especialista en sueño. Para garantizar el uso más eficiente de su tiempo, sírvase completar el cuestionario adjunto antes de su llegada. Traiga el cuestionario con usted ya que el profesional revisará esta información con usted.

Recuerde traer lo siguiente a su visita:

**1. Cuestionario para el paciente completado**

Enumere todos los medicamentos, incluidos los de venta libre y los productos herbales.

**2. Historial médico o resultados de pruebas anteriores**

- Estudios previos del sueño, incluido cualquier estudio del sueño en el hogar
  - Incluya gráficos reales
- Informe de oxímetro de pulso durante la noche (registro en el hogar de sus niveles de oxígeno)

**3. La persona con quien comparte la cama**

A menudo, la persona con quien comparte la cama observa muchos de los problemas relacionados con el sueño. Si dicha persona no está disponible para asistir a la cita, pídale que escriba en una hoja los puntos específicos que observa en usted cuando duerme. Si bien la persona con quien comparte la cama puede brindarnos información valiosa durante su visita diurna a la clínica, no se le pedirá que venga con usted si se programa un estudio nocturno. No hay instalaciones disponibles en el centro del sueño para los miembros de la familia, a menos que el médico determine que se deben hacer arreglos especiales.

**4. El nombre de su médico de referencia/de atención primaria**

Si desea que enviemos una copia de su evaluación y los resultados de las pruebas a su médico, venga preparado con su nombre completo, dirección y número de teléfono. También se le pedirá que firme una autorización para divulgar sus registros cuando llegue.

**¡Gracias por elegir Uintah Basin Healthcare!**

**¡Esperamos verlo!**

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del seg. nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Etnia: Blanco Hispano Asiático Afroamericano Isleño del Pacífico  
Otra \_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

### Información del médico

¿Quién es su médico de atención primaria? \_\_\_\_\_

¿Nombre del médico/profesional de la salud que lo derivó al Centro del sueño?

¿Hay otros médicos/profesionales de la salud que lo derivaron al Centro del sueño?

### **¿Alguna vez le han realizado...: (marque todo lo que corresponda)**

una evaluación por su trastorno del sueño? NO Sí, de quién

una medición de sus niveles de oxígeno nocturno? (oximetría durante la noche)  
NO Sí: Normal Anormal No sé

un estudio del sueño realizado en el Centro del sueño?  
NO Sí: Normal Anormal No sé

**Actualmente estoy usando:** CPAP Bilevel No sé

### Marque todo lo que corresponda

#### 1. La razón principal por la que estoy aquí es:

- Creo que tengo un problema de sueño
- La persona con quien comparto la cama o alguien que me vio dormir piensa que tengo un problema de sueño
- Mi médico u otro profesional de la salud cree que tengo un problema de sueño
- Cuando me despierto no me siento renovado/Tengo sueño durante todo el día
- Ronquidos
- Necesito una evaluación del sueño para mantener/restablecer una licencia profesional
- No estoy seguro de por qué estoy aquí

**2 La inquietud más angustiante que tengo sobre mi problema de sueño es:**

- Mi problema de sueño está afectando mi calidad de vida (por ejemplo: a menudo estoy muy cansado)
- Mi problema de sueño puede estar causando o contribuyendo a otro problema médico
- Me preocupa que mi problema de sueño pueda dañar mi salud
- Me preocupa mi seguridad o la seguridad de los demás
- Mi problema de sueño hace que otra persona no duerma bien
- Me preocupa que mi problema de sueño pueda afectar mi licencia profesional
- En realidad no tengo ninguna preocupación específica, pero me recomendaron pedir esta cita

**3 Lo más importante que necesito de la visita a la clínica es:**

- Determinar si tengo un problema de sueño
- Tratar el problema de sueño que tengo
- Sentirme mejor
- Satisfacer a la persona que me derivó
- Habilitación para actividades profesionales
- No estoy seguro

**4 El peor síntoma relacionado con mi problema de sueño es:**

- Cansancio
- Fatiga
- No puedo dormir cuando quiero
- No puedo permanecer dormido
- Ronquidos o respiración irregular que le molesta a otra persona
- Movimientos o comportamientos que le molestan a otra persona
- No tengo ninguna de estas cosas

**CRONOGRAMA TÍPICO DE SUEÑO DURANTE LA SEMANA**

Me acuesto aproximadamente a las \_\_\_\_\_ .A. M. P. M.

Apago las luces aproximadamente a las \_\_\_\_\_ .A. M. P. M.

Me toma aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos conciliar el sueño.

Me despierto aproximadamente \_\_\_\_\_ veces por noche.

Tengo dificultades para volverme a dormir:  generalmente  rara vez

Me despierto finalmente aproximadamente a las: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ .A. M. P. M.

Después de mi despertar final, generalmente me levanto de la cama: inmediatamente después de 30 minutos o más

**CRONOGRAMA TÍPICO DE SUEÑO DURANTE EL FIN DE SEMANA**

Me acuesto aproximadamente a las \_\_\_\_\_ .A. M. P. M.

Apago las luces aproximadamente a las \_\_\_\_\_ .A. M. P. M.

Me toma aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos conciliar el sueño.

Me despierto aproximadamente \_\_\_\_\_ veces por noche.

Tengo dificultades para volverme a dormir: generalmente rara vez

Me despierto finalmente aproximadamente a las: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ A. M.  P. M.

Después de mi despertar final, generalmente me levanto de la cama: inmediatamente después de 30 minutos o más

**Marque todo lo que corresponda**

- Tengo ronquidos que molestan a las personas
- Solo ronco cuando estoy acostado boca arriba
- Me han dicho que dejo de respirar mientras duermo
- Me he despertado sintiendo falta de aliento o asfixia
- Intento mantenerme alerta durante el día, pero a menudo me quedo dormido, incluso si he dormido toda la noche
- La somnolencia es un problema durante el trabajo o en la escuela
- Me siento somnoliento al conducir, incluso si he dormido toda la noche
- Por la noche, generalmente estoy muy preocupado por si podré **quedarme** dormido
- Por la noche, generalmente estoy muy preocupado por si podré **permanecer** dormido
- Me he apoyado en pastillas/ayudas para dormir
- No quiero que llegue la hora de dormir porque siempre tengo problemas para dormir
- El pensamiento inunda mi mente y me impide dormir.
- Con frecuencia me despierto en medio de la noche y no puedo volver a dormir

**Marque todo lo que corresponda**

- Me despierto muy temprano en la mañana
- Me preocupo y tengo problemas para relajarme
- Me quedo despierto durante al menos 30 minutos o más antes de poder conciliar el sueño
- Leo en la cama
- Tengo una fuerte tendencia a acostarme tarde y despertarme tarde
- Tengo una fuerte tendencia a acostarme temprano y levantarme temprano
- Mi patrón de sueño es bastante variable
- Tengo un horario de trabajo por turnos
- Siento que duermo lo suficiente:  a menudo  a veces  rara vez
- Camino dormido
- Hablo dormido
- Tengo sueños muy terroríficos/pesadillas
- Como dormido
- Rechino los dientes
- Las piernas me molestan por la noche
- Tengo calambres musculares en las piernas por la noche
- Aunque puedo dormir toda la noche o durante el día, siento tensión muscular, sensación de hormigueo o dolor de piernas
- Las piernas me molestan por la noche y se sienten mejor cuando las muevo
- Me ocurren cosas extrañas mientras me estoy quedando dormido
- Tengo una debilidad y/o pérdida de fuerza si experimento una emoción fuerte y repentina
- Mientras me estoy quedando dormido o poco después, experimento escenas vívidas e irreales
- A menudo me siento paralizado por breves períodos mientras me quedo dormido o justo después de despertar

**Mis medicamentos actuales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Marque todo lo que corresponda

- Asma
- EPOC
- Hipertensión pulmonar
- Anormalidad de las vías respiratorias
- Fiebre del heno/Alergias
- Reflujo gastroesofágico
- Úlcera péptica
- Enfermedad hepática
- Diabetes
- Enfermedad tiroidea
- Enfermedad suprarrenal
- Convulsiones
- Parkinson
- Alzheimer
- Hipertensión
- Enfermedad coronaria/ataque cardíaco
- Insuficiencia cardíaca
- Fibrilación auricular/Frecuencia cardíaca irregular
- Fatiga crónica/fibromialgia
- Retraso en el desarrollo
- Depresión
- Trastorno bipolar/esquizofrenia
- Dependencia química
- Dentadura postiza
- Tos persistente
- Sibilancia/Tos
- Disnea/Falta de aire
- Goteo posnasal
- Congestión sinusal
- Problemas para tragar/Ronquera
- Problemas para respirar por la nariz
- Dolor de garganta frecuente
- Acidez
- Uso frecuente de antiácidos
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Dolores de cabeza
- Pérdida de memoria
- Dolor en el pecho en reposo /durante el ejercicio
- Alta presión sanguínea
- Hinchazón en los tobillos
- Sentimientos de soledad, tristeza o depresión
- Sentimientos de ansiedad o pánico
- Micción nocturna frecuente
- Impotencia/ineficacia
- Pérdida de impulso sexual
- Dolor de mandíbula/cara
- Sudores nocturnos
- Sarpullido/Picazón
- Cáncer

**Me operaron en o por:** Cuerdas vocales Nariz Paladar Vía respiratoria Senos nasales  
Mandíbula Cerebro Tiroides Reflujo ácido Banda/Bypass gástrico  
Enumere cualquier otra cirugía no mencionada aquí\_\_\_\_\_.

**Otros problemas médicos/hospitalizaciones:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Necesito ayuda para:** caminar vestirme bañarme/ir al baño

**Estoy:** soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a

**Vivo:** solo/a con cónyuge/pareja hijo/hijos Otro:

\_\_\_\_\_.

**Vivo en:** un apartamento/condominio una casa un hogar grupal/institución de vivienda asistida

**Nivel más alto de educación:** Escuela primaria Escuela secundaria/Examen equivalente a diploma de secundaria (GED) Algo de educación superior Licenciatura Diploma de grado

**Ocupación:**\_\_\_\_\_

Tomo bebidas con cafeína. Cuántas bebidas por día\_\_\_\_\_.

Tomo alcohol. Cuántas bebidas por día\_\_\_\_\_.

Fumo o he fumado en el pasado. Indique el número de paquetes por día\_\_\_\_\_, ¿por cuántos años?\_\_\_\_\_ He dejado de fumar. ¿Hace cuánto que dejó de fumar?\_\_\_\_\_

Hago ejercicio regularmente (al menos 3 veces por semana durante 30 minutos)

Consumo drogas recreativas. Especificar\_\_\_\_\_

En general, puedo o me resulta fácil seguir los tratamientos que me recetan:

Muy probable Algo probable No muy probable Para nada No estoy seguro

Por lo general, siento que participo en el cuidado de mi salud:

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo No estoy seguro

**Tengo antecedentes familiares de:**

Insomnio Narcolepsia Apnea del sueño Piernas inquietas Somnolencia excesiva Ronquidos

## Escala de Epworth

En circunstancias normales, ¿qué tan probable es que cabecee/se quede dormido en lugar de simplemente sentirse cansado en las siguientes situaciones? Incluso si no ha experimentado algunas de estas situaciones, trate de imaginar cómo le afectarían. Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación.

- (0) Nunca cabecearía o me quedaría dormido
- (1) Poca probabilidad de cabecear/quedarme dormido
- (2) Probabilidad moderada de cabecear/quedarme dormido
- (3) Alta probabilidad de cabecear/quedarme dormido

**INSTRUCCIONES:** Marque la casilla correspondiente para su respuesta a cada pregunta utilizando la escala de calificación anterior. Seleccione solamente una respuesta para cada pregunta. Intente ser lo más preciso posible. Se mantendrá la confidencialidad de toda la información.

Actividad	Puntuación			
	0	1	2	3
Sentarse y leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse inactivo en áreas públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recostarse en la tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse en silencio después del almuerzo (sin alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viajar como pasajero en un vehículo por más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detenerse durante unos minutos en el tráfico al conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse y hablar con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación total de Epworth: \_\_\_\_/24

## Cuestionario STOPBANG

**Básicos:** Altura \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tamaño del cuello: \_\_\_\_\_

**Circunferencia de la cintura:** \_\_\_\_\_

**Si responde "sí" a 3 o más preguntas, tiene un alto riesgo de tener apnea obstructiva del sueño.**

### Preguntas de STOP-BANG:

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1. Ronquidos:</b> ¿Ronca fuerte (más fuerte que el habla o lo suficientemente fuerte como para que lo escuchen a través de puertas cerradas)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2. Cansancio/Fatiga:</b> ¿A menudo se siente cansado, fatigado o con sueño durante el día, incluso después de una "buena" noche de sueño?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3. Apnea observada:</b> ¿Alguna vez alguien ha observado que usted deje de respirar mientras duerme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4. Presión:</b> ¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta en el hogar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5. Índice de masa corporal:</b> ¿Pesa más por su altura de lo que se muestra en las tablas a la derecha?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>6. Edad:</b> ¿Tiene más de 50 años?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>7. Tamaño de cuello:</b> ¿Su cuello mide más de 15 ¾" (40 cm) de circunferencia? Medida en cm _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>8. Género:</b> ¿Es usted varón?

Altura	Peso (lb)	Altura	Peso (lb)
4'10"	167	5'8"	230
4'11"	173	5'9"	237
5'	179	5'10"	243
5'1"	185	5'11"	250
5'2"	191	6'	258
5'3"	197	6'1"	265
5'4"	204	6'2"	272
5'5"	210	6'3"	279
5'6"	216	6'4"	287
5'7"	223	6'5"	295

**Número de respuestas "Sí"** \_\_\_\_\_

*Los pesos que se muestran en las tablas anteriores corresponden a un IMC de 35 para una altura determinada.*



# RESULTADOS FUNCIONALES DEL CUESTIONARIO DE SUEÑO (FOSQ)

Algunas personas tienen dificultades para realizar actividades cotidianas cuando se sienten cansadas o con sueño. El propósito de este cuestionario es averiguar si generalmente tiene dificultades para realizar ciertas actividades porque tiene demasiado sueño o está cansado. En este cuestionario, cuando se usan las palabras "somnoliento" o "cansado", significa la sensación de que no puede mantener los ojos abiertos, la cabeza está caída, quiere "cabecear" o que siente la necesidad de tomar una siesta. Estas palabras no hacen referencia a la sensación de cansancio o fatiga que puede tener después de hacer ejercicio.

**INSTRUCCIONES:** Ponga un ( ) en el cuadro para su respuesta a cada pregunta. Seleccione solamente una respuesta para cada pregunta. Intente ser lo más preciso posible. Se mantendrá la confidencialidad de toda la información.

	(0) No realizo esta actividad por otros motivos	(4) Sin dificultad	(3) Sí, un poco de dificultad	(2) Sí, moderada dificultad	(1) Sí, extrema dificultad
--	--	-----------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

**Productividad general**

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace porque tiene sueño o está cansado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Generalmente tiene dificultades para recordar cosas porque tiene sueño o está cansado?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Total de preguntas respondidas >0 \_\_\_\_ / Nro. de preguntas respondidas = \_\_\_\_

**Nivel de actividad**

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. ¿Tiene dificultades para operar un vehículo de motor por <u>cortas</u> distancias (menos de 100 millas) porque le da sueño o cansancio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene dificultades para operar un vehículo de motor por <u>largas</u> distancias (más de 100 millas) porque le da sueño o cansancio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene dificultades para visitar a su familia o amigos en <u>su</u> casa porque le da sueño o cansancio?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Total de preguntas respondidas >0 \_\_\_\_ / Nro. de preguntas respondidas = \_\_\_\_

**Vigilancia**

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. ¿Se ha visto afectada su relación con familiares, amigos o colegas porque tiene sueño o está cansado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

7. ¿Tiene dificultades para ver una película o video porque tiene sueño o está cansado?

8. ¿Tiene dificultades para estar tan activo como quisiera en la noche porque tiene sueño o está cansado?

	(0) No realizo esta actividad por otros motivos	(4) Sin dificultad	(3) Sí, un poco de dificultad	(2) Sí, moderada dificultad	(1) Sí, extrema dificultad
--	--	-----------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

**Resultados sociales**

9. ¿Tiene dificultades para estar tan activo como quisiera en la mañana porque tiene sueño o está cansado?

Total de preguntas respondidas >0 \_\_\_ / Nro. de preguntas respondidas = \_\_\_

**Intimidad y relaciones sexuales**

10. ¿Se ha visto afectado su deseo de intimidad o sexo porque tiene sueño o está cansado?

Total de preguntas respondidas >0 \_\_\_ / Nro. de preguntas respondidas = \_\_\_

**Subescala:** \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_ / **Total de subescalas respondidas =** \_\_\_

**Multiplicar la media x 5 =** \_\_\_\_\_

**Gracias por completar este cuestionario.**

**Continúe con este cuestionario solamente si el paciente que se está atendiendo tiene entre 2 y 18 años de edad. El profesional lo documentará en el historial médico del niño.**

**ALGORITMO DE EVALUACIÓN DEL SUEÑO "BEARS"**

El instrumento "BEARS" se divide en cinco dominios principales del sueño, proporcionando una pantalla completa de los principales trastornos del sueño que afectan a los niños en el rango de edad de 2 a 18 años. Cada dominio del sueño tiene un conjunto de "preguntas desencadenantes" apropiadas para la edad para su uso en la entrevista clínica.

**B** = problemas a la hora de acostarse (**b**edtime problems)

**E** = somnolencia diurna excesiva (**e**xcessive daytime sleepiness)

**A** = despertarse durante la noche (**a**wakenings during the night)

**R** = regularidad y duración del sueño (**r**egularity and duration of sleep)

**S** = ronquidos (**s**nooring)

Ejemplos de preguntas desencadenantes apropiadas para el desarrollo:

	Niño pequeño/en preescolar (2-5 años)	En edad escolar (6-12 años)	Adolescente (13-18 años)
<b>1. Problemas a la hora de acostarse</b>	¿Tiene su hijo algún problema para acostarse? ¿Para quedarse dormido?	¿Tiene su hijo algún problema a la hora de acostarse? (P) ¿Tienes algún problema para irte a la cama? (N)	¿Tienes algún problema para conciliar el sueño a la hora de acostarte? (N)
<b>2. Somnolencia diurna excesiva</b>	¿Su hijo parece demasiado cansado o tiene mucho sueño durante el día? ¿Todavía toma siestas?	¿Tiene su hijo dificultades para despertarse por la mañana, parece somnoliento durante el día o toma siestas? (P) ¿Te sientes cansado seguido? (N)	¿Sientes sueño seguido durante el día? ¿En el colegio? ¿Mientras manejas? (N)
<b>3. Despertarse durante la noche</b>	¿Se despierta mucho su hijo por la noche?	¿Parece que su hijo se despierta mucho por la noche? ¿Algún sonambulismo o pesadillas? (P) ¿Te despiertas mucho por la noche? ¿Tienes problemas para volverte a dormir? (N)	¿Te despiertas mucho por la noche? ¿Tienes problemas para volverte a dormir? (N)
<b>4. Regularidad y duración del sueño</b>	¿Tiene su hijo un horario regular para acostarse y despertarse? ¿Cuáles son?	¿A qué hora se va a la cama y se levanta en día escolar su hijo? ¿Los fines de semana? ¿Cree que está durmiendo lo suficiente? (P)	¿A qué hora sueles acostarte en las noches de escuela? ¿Los fines de semana? ¿Cuánto duermes normalmente? (N)
<b>5. Ronquidos</b>	¿Su hijo ronca mucho o tiene dificultad para respirar por la noche?	¿Tiene su hijo ronquidos fuertes o nocturnos o alguna dificultad para respirar por la noche? (P)	¿Su hijo adolescente ronca fuerte o todas las noches? (P)

(P) Pregunta dirigida por los padres

(N) Pregunta dirigida al niño

Fuente: "A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems" (Una guía clínica para el sueño pediátrico: diagnóstico y manejo de los problemas del sueño) de Jodi A. Mindell y Judith A. Owens; Lippincott Williams y Wilkins