

CUESTIONARIO PARA CONSULTAR SUEÑO DE NIÑOS
POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Describe brevemente el problema de sueño actual o el motivo por la cual fue referido:

Alguna vez has tenido un estudio del sueño en el pasado? Si o no

Si es así, cuando _____ y donde _____

Por favor verifique cualquier problema de sueño actual:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Pausas en la respiración mientras duerme | <input type="checkbox"/> dormir caminando |
| <input type="checkbox"/> somnolencia excesiva durante el día | <input type="checkbox"/> mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> sequedad de garganta / boca al despertar | <input type="checkbox"/> terrores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> dolor de cabeza al despertar | <input type="checkbox"/> representando o actuando los sueños |
| <input type="checkbox"/> dificultad para quedarse dormido | <input type="checkbox"/> pataleando en el sueño |
| <input type="checkbox"/> dificultad para conciliar el sueño | <input type="checkbox"/> sueño fragmentado o inquieto |
| <input type="checkbox"/> infecciones frecuentes de garganta | <input type="checkbox"/> congestión nasal |
| <input type="checkbox"/> Pérdida repentina de fuerza muscular asociada con un cambio de emoción. | |

Objeto de transición del sueño (oso de peluche, peluche, manta): _____

Requiere dormir juntos con los padres para el inicio del sueño: SÍ NO

Trastornos del espectro autista SÍ NO

Problemas de comportamiento: ADD, ADHD, ODD, control de impulsos: SÍ NO

Cuánto tiempo le toma en quedarse dormido? _____

Te sientes renovado al despertar? Si o No

Hora de dormir durante la semana de escuela: _____ **Hora de despertar** _____

Hora de dormir en lo Fines de semana / vacaciones: _____ **Hora de despertar** _____

Siestas (frecuencia y tiempo invertido): _____

**CUESTIONARIO PARA CONSULTAR SUEÑO DE NIÑOS
POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE**

Historia Medica

Historia de Cirugía

Le han extirpado las amígdalas y / o las adenoides? si o no

Alguna historia de trauma en la cabeza o la cara? Sí o no, si es así cómo y cuándo

Historia Escolar –

Nivel de grado actual: _____

Calificaciones actuales frente a años anteriores (mejor, igual, peor): _____

informes del maestro / escuela:

Se lleva bien con otros niños? ___ SI NO

Educación especial: ___ SI ___ NO

Alguna fue retrasado? ___ SI NO

Medicamentos

Allergias

Verifique los síntomas / problemas actuales que tenga por chequero el:

General: () Subida de peso () Bajada de peso

Piel: () erupcion () comezon

Nariz / Seno / Garganta: () congestión nasal () nariz que moquea () goteo postnasal () dolor de garganta

Ojos: () visión borrosa () dolor de ojo () enrojecimiento de los ojos

Cardíaco: () Dolor de pecho () Palpitaciones

Respiratorio: ()tos () falta de aliento () jadeo

Gastroenterología: () acidez () reflujo () náusea () vómitos () Diarrea () estreñimiento

Urinario: () dificultad para orinar () cálculos renales

Musculoesquelético: () dolores musculares () dolor de espalda () dolor en las articulaciones () gota

Neurológico: () convulsiones () dolores de cabeza

Psiquiátrico: () depresión () ansiedad () pérdida de memoria

ESCALA DE SUEÑO DE EPWORTH PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (CHAD) (12-17 AÑOS)

NOMBRE: _____ Fecha: _____ Edad: _____

La escala ayuda a medir el nivel de somnolencia excesiva de su hijo/hija. Por favor ayude a su hijo/hija con las siguientes preguntas.

Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación. Es importante que responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

- 0 = **nunca** te dormirse
- 1 = **ligera** posibilidad de dormirse
- 2 = probabilidad **moderada** de dormirse
- 3 = **alta** probabilidad de dormirse

Es importante que responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

Situation:	Posibilidad de dormirse (0-3)
Sentado y leyendo	_____
Viendo televisión o video	_____
Sentado en un salón de clase en la escuela durante la mañana	_____
Como pasajero en un automóvil/autobús por media hora	_____
Acostarse para descansar o tomar una siesta en la tarde	_____
Sentado y hablando con alguien	_____
Sentado tranquilamente solo después de un almuerzo	_____
Sentado mientras está comiendo	_____
Total:	_____