

SLEEP DISORDERS CENTER QUESTIONNAIRE
Questionario del Centro de Desorden al Dormir

HEIGHT: _____ WEIGHT: _____
Altura _____ Peso _____

OCCUPATION: _____
¿En que trabaja?

WHAT HOURS DO YOU WORK?
¿Horas de trabajo? _____

BRIEFLY DESCRIBE YOUR SLEEP PROBLEM. IF YOU HAVE NO SLEEP PROBLEM,
PLEASE INDICATE WHY YOU WERE REFERRED TO THIS CENTER.
En pocas palabras describa su problema al dormir. Si no tiene problema, por favor diga porque
usted fué referido a este centro.

AT WHAT AGE DID THIS PROBLEM BEGIN? _____
¿A que edad empezó este problema?

HOW DOES THIS AFFECT YOUR DAILY ACTIVITIES?
¿Como afecta su vida y sus actividades?

HOW SERIOUS A PROBLEM IS THIS FOR YOU?
Qué seriedad tiene este problema para usted?

HAVE YOU HAD ANY PREVIOUS EVALUATIONS, EXAMINATIONS OR TREATMENT
FOR THIS SLEEP PROBLEM OR ANY OTHER PROBLEMS WITH YOUR SLEEP? IF YES,
PLEASE EXPLAIN:
¿Usted ha sido evaluado, examinado o tratado por este problema al dormir o otro problema con su
dormir?

FOR EACH OF THE ITEMS LISTED, WRITE IN THE AVERAGE NUMBER YOU USE EACH DAY:

Por cada una de las cosas en la lista, diga mas or mens cuantors toma diario:

COFFEE:

REGULAR _____ CUPS PER DAY
 Café Natural Copas al dia
 DECAFFEINATED _____ CUPS PER DAY
 Café Descafinado Copas al dia

TEA:

HOT _____ CUPS PER DAY
 Te Caliente Copas al dia
 ICED _____ CUPS PER DAY
 Te Frio Copas al dia

CARBONATED SOFT DRINKS:

_____ CANS/BOTTLES PER DAY
 Latas ó botallas al día

PLEASE LIST ANY MEDICATION USED TO HELP YOU SLEEP:

Por favor diga alguna medicina que usted usa para poder dormir:

MEDICATION Medicina	AMOUNT Cantidad	FREQUENCY Cuantas veces	HOW LONG Por que tiempo	HOW USEFUL

WHAT TIME DO YOU GO TO BED ON WEEKDAYS?

¿A que hora se _____ en los dias de la semana? _____

WEEKENDS?

¿Fin de semana? _____

WHAT TIME DO YOU GET UP ON WEEKDAYS?

¿A que hora se levanta en los dias de la semana? _____

WEEKENDS?

¿Fin de semana? _____

ON AVERAGE, HOW LONG DOES IT TAKE YOU TO FALL ASLEEP AT NIGHT AFTER YOU TRUN OUT THE LIGHTS?

¿Diga mas ó meno, del tiempo que usted se quedo dormido en la noche despues de apagar la luz?

↑ < 5 minutes (minutos)

↑ 5 minutes (minutos)

↑ 10 minutes (minutos)

↑ 15 minutes (minutos)

↑ > 20 minutes (minutos)

WHAT DO YOU ORDINARILY DO JUST PRIOR TO TURNING OUT THE LIGHTS AND ATTEMPTING TO GO TO SLEEP (READING, TV, BATHE, ETC.)?

¿Que hace usted antes de apagar las luces para dormir (lee, mire TV, se baña, etc.)?

ON THE AVERAGE, HOW OFTEN DO YOU WAKE UP DURING THE NIGHT?

¿Mas o menos cuantea veces se despierta en la noche?

- 1 every 1 to 2 hours (cada 1 ó 2 horas)
- 1 every 3 to 4 hours (cada 3 ó 4 horas)
- 1 every 5 to 6 hours (cada 5 ó 6 horas)
- 1 never or nearly never (nunca ó casi nunca)

DO YOU WAKE UP TOO EARLY AND ARE UNABLE TO RETURN TO SLEEP?

¿Se despierta muy temprano en la mañana y no se puede volver a dormir?

- 1 nearly every day (casi todos los días)
- 1 1 to 2 times a week (1-2 veces a la semana)
- 1 3 to 4 times a week (3-4 veces a la semana)
- 1 1 to 2 times a month (1-2 veces al mes)
- 1 never or nearly never (nunca ó casi nunca)

ON AVERAGE, HOW LONG DO YOU ACTUALLY SLEEP AT NIGHT?

¿Mas ó meno cuantas horas usted duerme en la noche?

- 1 3 to 4 hours (horas)
- 1 5 to 6 hours (horas)
- 1 7 to 8 hours (horas)
- 1 9 to 10 hours (horas)

HOW DO YOU ORDINARILY AWAKEN?

¿ Como acostumbra a despertarse?

- 1 spontaneously (espon_____)
- 1 alarm clock (relo despertador)
- 1 other (otra manera)

IF OTHER, PLEASE EXPLAIN: _____

HOW LONG DOES IT TAKE YOU TO FEEL ALERT AND FUNCTIONING AFTER SLEEPING?

¿Que tiempo le toma para estar alerta y _____ despues de dormir?

- 1 5 to 10 minutes (minutos)
- 1 15 to 20 minutes (minutos)
- 1 30 to 45 minutes (minutos)
- 1 more then an hour (mas de una hora)

DO YOU USUALLY FEEL TIRED DURING THE DAY?

¿Usted se siente cansada durante el dia?

- 1 yes (si)
- 1 no

IF YES, WHAT DO YOU ATTRIBUTE THIS TO?

¿Si su contesta es si, a que lo atribuye?

DO YOU FIND YOURSELF FALLING ASLEEP WHEN YOU DON'T MEAN TO?

- 1 yes (si)
- 1 no

CHECK ALL THAT APPLY:

- 1 while watching TV
- 1 while reading
- 1 while driving

- ↑ while sitting
- ↑ while working at computer

DO YOU FEEL REFRESHED AFTER THE SLEEP EPISODE?

¿Se siente fresca _____ después de a ver dormido?

- ↑ yes (si)
- ↑ no

DO YOU EXPERIENCE WEAKNESS OR PARALYSIS UPON GOING TO OR AWAKENING FROM SLEEP?

¿Ha exper _____ debilidad ó paralysis cuando se acuesta ó a despertar?

- ↑ almost every night (casi todos los noches)
- ↑ 1 to 2 times a week (1-2 veces a la semana)
- ↑ 3 to 4 times a week (3-4 veces a la semana)
- ↑ 1 to 2 times a month (1-2 veces al mes)
- ↑ never or nearly never (nunca ó casi nunca)

DO YOU EXPERIENCE SEEING THINGS OR HEARING VOICES:

- ↑ during the night? (durante la noche)
- ↑ upon awakening? (al despertarse)
- ↑ during the day? (durante el dia)
- ↑ never or nearly never (nunca ó casi nunca)

HAS ANYONE NOTICED THAT YOU STOP BREATHING DURING SLEEP?

¿Te han dicho que paras de respirar cuando duermes?

- ↑ nearly every day (casi todos los días)
- ↑ 1 to 2 times a week (1-2 veces a la semana)
- ↑ 3 to 4 times a week (3-4 veces a la semana)
- ↑ 1 to 2 times a month (1-2 veces al mes)
- ↑ never or nearly never (nunca ó casi nunca)

DO YOU SNORE?

¿Usted ronca?

- ↑ yes (Si)
- ↑ no
- ↑ don't know (no sé)

HAS YOUR SNORING EVER BOTHERED OTHER PEOPLE?

¿Sus ronquidos molestan a otros?

- ↑ yes (si)
- ↑ no

HAVE YOU EXPERIENCED HEART PALPITAIONS, SKIPPED HEART BEATS AND RAPID HEART BEATS DURING THE NIGHT?

- ↑ yes (si)
- ↑ no

DO YOU EXPERIENCE RESTLESSNESS OR TWITCHING OF YOUR LEGS WHILE AWAKE OR ASLEEP?

¿ Cuando estás despiertas ó dormida te sientes las piernas cansadas ó una tirantez repentina?

- ↑ nearly every day (casi todos los días)
- ↑ 1 to 2 times a week (1-2 veces a la semana)
- ↑ 3 to 4 times a week (3-4 veces a la semana)
- ↑ 1 to 2 times a month (1-2 veces al mes)
- ↑ never or nearly never (nunca ó casi nunca)

DOES THIS AWAKEN YOU FROM SLEEP?

¿La despierta?

- ↑ yes (si)
- ↑ no

DO YOU WAKE UP WITH A HEADACHE?

¿Te despierta con dolor de cabeza?

- 1 nearly every day (casi todos los días)
- 2 1 to 2 times a week (1-2 veces a la semana)
- 3 3 to 4 times a week (3-4 veces a la semana)
- 4 1 to 2 times a month (1-2 veces al mes)
- 5 never or nearly never (nunca ó casi nunca)

DO YOU DO ANY OF THE FOLLOWING WHILE ASLEEP?

¿Usted sabe si hace las siguientes cosas cuando está dormida?

Talk (Habla)	1 yes (si)	1 no
Walk (Camina)	1 yes (si)	1 no
Wet the bed (Se orina en la cama)	1 yes (si)	1 no
Grit teeth (Suenan los dientes)	1 yes (si)	1 no

DOES ANYONE IN YOUR FAMILY HAVE SLEEPING PROBLEMS?

¿Alguien en la familia tiene problemas al dormir?

- 1 yes (si)
- 1 no

PLEASE DESCRIBE AND LIST TREATMENTS, IF ANY:

Si es si, diga algun tratamiento que haya recibido.

ADDITIONAL COMMENTS:

Adicionales comentarios:
