

Cuestionario sobre los antecedentes del sueño

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Fecha de consulta: _____ Consulta solicitada por: _____

Médico de cabecera: _____ Farmacia preferida: _____

Queja principal: _____

Por favor, díganos por qué está aquí: _____

¿Por cuánto tiempo esto ha estado sucediendo? _____

¿Ha tenido consulta con un especialista del sueño anteriormente? De ser así, ¿cuándo, dónde y quién ha sido el médico?

HORARIO DE SUEÑO Y VIGILIA:

¿Cuál es su horario *preferido* para dormir y despertar? _____

Los días de semana, ¿a qué hora se va a dormir? _____

Los días de semana, ¿a qué hora se despierta? _____

¿Utiliza un despertador? _____

¿Qué tan rápido se queda dormido? _____

¿Tiene dificultad para quedarse dormido? _____

¿Cuántas veces se despierta durante la noche? ____ ¿Qué lo despierta? _____

¿Cuánto tarda para volver a quedarse dormido? _____

Los fines de semana, ¿a qué hora se va a dormir? _____

Los fines de semana, ¿a qué hora se despierta? _____

¿Qué tan rápido se queda dormido los fines de semana? _____

¿Tiene dificultad para quedarse dormido los fines de semana? _____

¿Tiene un trabajo por turnos? _____

¿Toma siestas? ____ ¿De cuánto tiempo y qué tan a menudo? _____

¿Las siestas son reconfortantes o no reconfortantes? _____

QUEJAS DE SUEÑO: por favor, encierre en un círculo cualquiera que aplique

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Ronquidos | Dificultad para respirar | Interrupción de la respiración | Dolores de cabeza matutinos |
| Confusión | Tirón en la pierna | Sonambulismo | Balanceo |
| Alimentación nocturna | Manifestaciones del sueño | Lesiones | Preocupaciones de seguridad |
| Ansias súbitas de ataques de sueño | Crisis de caída | Despierta y no se puede mover | |
| Inquietud | Terrores nocturnos | Aspiración | Sudoración |
| Pesadillas | Rechinar los dientes | Enuresis nocturna | Ansiedad |
| Dolor | Incomodidad | Reflujo | Latidos fuertes |
| Micción frecuente | Rumiaciones | | |

Alucinaciones al quedarse dormido o al despertarse del sueño

Otra _____

Quando trata de relajarse o dormir en la noche, ¿alguna vez ha tenido sensaciones desagradables de inquietud en sus piernas, que se alivian al caminar o con el movimiento? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: _____

Alergias a los medicamentos: _____

Medicamentos y dosis actuales: _____

¿Utiliza oxígeno en las noches? Sí o No. De ser así, ¿de cuántos litros es su caudal? _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: _____

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS: _____

ANTECEDENTES SOCIALES: ¿cuál (si lo hubiese) y cuánto consume actualmente de los siguientes?

Tabaco (ahora y anteriormente): _____

Consumo de cafeína (café, té, soda, etc.): _____

La última ingesta de cafeína usualmente es antes de: _____

Suplementos para el insomnio: _____

Alcohol: _____

Drogas recreacionales: _____

¿Cuál es su ocupación y cuántas horas trabaja? _____

¿Ha tenido algún accidente o casi accidente debido a conducir somnoliento? _____ ¿Cuáles fueron las consecuencias? _____

¿Alguna vez ha manejado o viajado a algún lado y no recuerda cómo llegó allí? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: por favor, indique si alguno de sus padres biológicos tuvo alguna de las siguientes:

| | Madre | Padre |
|--------------------|-------|-------|
| Piernas inquietas | | |
| Insomnio | | |
| Pesadillas | | |
| Terrores nocturnos | | |
| Apnea del sueño | | |
| Ataque cardiaco | | |

| | Madre | Padre |
|------------------------|-------|-------|
| Insuficiencia cardíaca | | |
| Apoplejía | | |
| Diabetes | | |
| Hipertensión arterial | | |
| Otro | | |

Escala de somnolencia de Epworth

Utilice la siguiente escala para escoger el número que describa mejor lo que le sucedió durante cada actividad el mes pasado. Escriba ese número en la línea a continuación.

- 0 = nunca se quedaría dormido
- 1 = escasa probabilidad de quedarse dormido
- 2 = moderada probabilidad de quedarse dormido
- 3 = alta probabilidad de quedarse dormido

| Actividades | Probabilidades de quedarse dormido (0-3) |
|---|---|
| Sentado leyendo----- | _____ |
| Mirando TV----- | _____ |
| Sentado e inactivo en un lugar público (p. ej., un teatro o una reunión) ---- | _____ |
| Como pasajero en un auto durante una hora de marcha continua ----- | _____ |
| Acostado, descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten--- | _____ |
| Sentado y conversando con alguien----- | _____ |
| Sentado, tranquilo, después de un almuerzo sin alcohol ----- | _____ |
| En un auto, mientras se detiene unos minutos en el tráfico ----- | _____ |
| Total | _____ |

REVISIÓN DE SISTEMAS:

¿Subió de peso el año pasado? _____ De ser así, ¿cuánto? _____

Por favor, encierre en un círculo aquellos que apliquen. Cualquiera que no esté encerrada en un círculo se registrará como negativa en su historia clínica.

| | | | | |
|---------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Constitucional | Pérdida de peso | Fiebre | Resfriado | Sudoración nocturna |
| Ojos | Cambios visuales | Visión doble | | |
| Cabeza | Dolor de oído | Dolor de garganta | Dolor sinusal | Goteo nasal posterior |
| | Secreción nasal | Hemorragia nasal | | |
| Cardiaco | Taquicardia | Pálpitos en el pecho | Dolor o presión en el pecho | Dificultad para respirar al estar acostado |
| | Piernas o pies hinchados | | | |
| Neurológico | Dolores de cabeza | Convulsión | Entumecimiento en brazos o piernas | |
| Dermatológico | Erupción | | | |
| Pulmonar | Dificultad para respirar en reposo | Dificultad para respirar con actividad | Tos productiva | Tos con sangre |
| | Sibilancias | Tos seca | | |
| Gastrointestinal | Náusea | Vómito | Heces blandas o acuosas | Estreñimiento |
| | Dolor abdominal | Heces negras | Sangre en las heces | |
| Musculoesquelético | Dolor muscular | Dolor óseo | Dolor en las articulaciones | Articulaciones hinchadas |
| Endocrino | Sed incrementada | Micción frecuente | Diabetes | |
| Linfático | Ganglios linfáticos inflamados | | | |