

Questionario del Centro Pediátrico de Trastornos del Sueño

¿Cuál es la principal preocupación que tiene del sueño? Suyo o de su niño	(Para uso del personal) PT LABEL		
Instrucciones para las preguntas 1 a 43: Marque con un círculo SÍ (S), NO (N) o NO SÉ (NS)	Sí	No	No sé Si CONTESTA SÍ ponga un número Si contesta NO, deje en blanco.
Preguntas 1 a 28: el sueño de su niño durante las últimas 4 SEMANAS.			
1. ¿Su niño ronca cuando duerme?	S	N	NS Días a la semana: _____
2. ¿Su niño respira fuerte o con ruido cuando duerme?	S	N	NS Días a la semana: _____
3. ¿Su niño tiene dificultad para respirar o le cuesta respirar cuando duerme?	S	N	NS Días a la semana: _____
4. ¿Su niño ronca o le falta el aire cuando duerme?	S	N	NS Días a la semana: _____
5. ¿Ha visto alguna vez que su niño deja de respirar en la noche?	S	N	NS Días a la semana: _____
6. ¿Su niño tiende a respirar con la boca abierta durante el día?	S	N	NS Días a la semana: _____
7. ¿Su niño tiene la boca seca o dolor de garganta cuando se despierta en la mañana?	S	N	NS Días a la semana: _____
8. ¿Su niño se acuesta siempre a la misma hora?	S	N	NS Días a la semana: _____
9. ¿Su niño duerme solo y en su propia cama?	S	N	NS Días a la semana: _____
10. ¿Su niño se queda dormido en los siguientes 20 minutos después de acostarse?	S	N	NS Días a la semana: _____
11. ¿Su niño duerme suficiente cantidad de horas?	S	N	NS Días a la semana: _____
12. ¿Su niño duerme siempre la misma cantidad de horas?	S	N	NS Días a la semana: _____
13. ¿Su niño se duerme en la cama de sus padres o hermanos?	S	N	NS Días a la semana: _____
14. ¿A su niño le cuesta irse a la cama (llora, se sale de la cama, etc.)?	S	N	NS Días a la semana: _____
15. ¿Su niño necesita que uno de los padres esté con él en el cuarto para dormirse?	S	N	NS Días a la semana: _____
16. ¿Su niño tiene miedo de dormirse solo?	S	N	NS Días a la semana: _____
17. ¿A su niño le da miedo dormir en la oscuridad?	S	N	NS Días a la semana: _____
18. ¿A su niño le cuesta dormir cuando no está en su casa? (visitando parientes, de vacaciones, etc.)	S	N	NS Días a la semana: _____
19. ¿Su niño se cambia de cama durante la noche (a la cama de los padres, hermanos, etc.)?	S	N	NS Días a la semana: _____
20. ¿Su niño se despierta una vez durante la noche?	S	N	NS Días a la semana: _____
21. ¿Su niño se despierta más de una vez durante la noche?	S	N	NS Días a la semana: _____
22. ¿Su niño habla cuando duerme?	S	N	NS Días a la semana: _____
23. ¿Su niño se agita y se mueve mucho mientras duerme?	S	N	NS Días a la semana: _____
24. ¿Su niño tiene sonambulismo?	S	N	NS Días a la semana: _____
25. ¿Su niño moja la cama?	S	N	NS Días a la semana: _____
26. ¿Su niño rechina los dientes cuando duerme? (Su dentista le pudo haber informado)	S	N	NS Días a la semana: _____
27. ¿Su niño se despierta asustado por lo que sueña?	S	N	NS Días a la semana: _____
28. ¿Su niño despierta en la noche gritando, sudando e inconsolable?	S	N	NS Días a la semana: _____
Preguntas 29 a 43: comportamiento de su niño durante el día en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS.			
29. ¿Su niño se despierta solo en la mañana?	S	N	NS Días a la semana: _____
30. ¿Su niño se despierta de mal humor?	S	N	NS Días a la semana: _____
31. ¿A su niño le toma mucho tiempo para estar bien despierto en la mañana?	S	N	NS Días a la semana: _____
32. ¿Su niño parece estar cansado en las mañanas?	S	N	NS Días a la semana: _____
33. ¿Su niño se despierta con dolor de cabeza en las mañanas?	S	N	NS Días a la semana: _____

Cuestionario del Centro Pediátrico de Trastornos del Sueño

34. ¿Su niño tiene sueño durante el día?	S	N	NS	Días a la semana: _____
35. ¿Algún maestro u otra persona le ha dicho que su niño tiene sueño durante el día?	S	N	NS	Días a la semana: _____
36. ¿Hay veces que parece que su niño no escucha cuando le hablan directamente?	S	N	NS	Días a la semana: _____
37. ¿Su niño tiene dificultad para organizar tareas y actividades?	S	N	NS	Días a la semana: _____
38. ¿Los estímulos externos lo distraen fácilmente?	S	N	NS	Días a la semana: _____
39. ¿Los pies o las manos de su niño están siempre inquietos o los mueve mucho cuando está sentado?	S	N	NS	Días a la semana: _____
40. ¿Su niño parece estar siempre en movimiento o como si tuviera siempre un motor en marcha?	S	N	NS	Días a la semana: _____
41. ¿Su niño interrumpe o se impone sobre otros? (Ej., se mete en conversaciones o juegos)	S	N	NS	Días a la semana: _____
42. ¿Su niño tiene "ataques de sueño" o cataplejía (debilidad repentina)?	S	N	NS	Días a la semana: _____
43. ¿Su niño se siente paralizado cuando se está despertando o quedando dormido?	S	N	NS	Días a la semana: _____

Preguntas 46 a 47: salud general de su niño.

Marque con un círculo SÍ, NO, o NO SÉ.

44. Desde que nació, ¿alguna vez su crecimiento ha sido <u>más lento de lo normal</u> ?	S	N	NS
45. ¿Su niño toma algún medicamento crónico? (por más de 4 semanas)	S	N	NS

Si contestó que sí: → anote todas las medicinas que está tomando

	Medicamento	Razón para tomarla	Dosis	Cantidad de dosis al día
Si necesita más espacio, continúe la lista en otra hoja	1.			
	2.			
	3.			
	4.			

Preguntas 46 a 49: "generalmente" quiere decir más de la mitad de las veces.

46. ¿Cuántas horas en total duerme su niño en 24 horas?	a. ¿Entre semana?	_____ horas
	b. ¿Fines de semana o vacaciones?	_____ horas
47. ¿Cuánto tiempo demora generalmente su niño en quedarse dormido en la noche?		_____ minutos
48. Generalmente, ¿a qué hora se acuesta y a qué hora se despierta?	a. ¿Entre semana?	____:____ a ____:____
	b. ¿Fines de semana o vacaciones?	____:____ a ____:____
49. Generalmente, ¿cuántas horas de siesta duerme durante el día?:	a. ¿Entre semana?	_____ horas
	b. ¿Fines de semana o vacaciones?	_____ horas

Pregunta 50: cuando su niño era bebé.

50. ¿Cuándo era un bebé recién nacido, ¿necesitó alguna de estas cosas?: (marque todo lo que corresponda)

Monitor para apnea Cafeína Oxígeno Pulsioxímetro Ninguna Otros: (describa) _____

Preguntas 51 a 54: procedimientos o diagnósticos de su niño

51. ¿Cirugía para extraer las amígdalas y/o adenoides?	Sí	No
52. ¿Su niño ha recibido tratamiento en casa para las vías respiratorias con presión positiva continua, de dos niveles o presión positiva variable (CPAP, BI-PAP o VPAP)? <i>Esta máquina mantiene las vías respiratorias abiertas con una máscara que se coloca sobre la nariz y/o la boca.</i>	Sí	No
53. ¿Su niño ha sido sometido a una polisomnografía (estudio nocturno de sueño) en otra institución? Si contestó que sí, ¿dónde?	Sí	No
54. ¿Alguna vez le diagnosticaron apnea del sueño o trastorno de respiración durante el sueño?	Sí	No

Cuestionario del Centro Pediátrico de Trastornos del Sueño

Preguntas 55 a 56: el hogar y quiénes viven en la misma casa.

55. ¿Hay alguien en la familia que trabaja en distintos turnos, por ejemplo de noche?	Sí	No
56. ¿Alguna persona <u>de la familia</u> fue alguna vez diagnosticada con trastorno de la respiración durante el sueño o apnea del sueño? Si contestó que sí: → ¿quiénes? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra persona de la familia _____	Sí	No

Preguntas 56 a 58: solamente sobre la escuela (prescolar/guardería infantil) y la asistencia.

56. En qué grado está: _____ 57. Cuántas veces faltó este año (estimado): _____ 58. Este año, ¿cuántas veces llegó tarde?: _____

Pediatric Sleep Disorders Center Intake Questionnaire

What is your/your child's primary sleep concern?	(for office use) PT LABEL		
--	---------------------------	--	--

Instructions for #1-43: Circle Yes (Y), No (N), or Don't Know (DK).	Yes	No	Don't Know	If YES, complete. If NO, leave this blank.
--	-----	----	------------	---

Please answer questions 1 – 28 about your child's sleep during the PAST 4 WEEKS.

1. While sleeping, does your child snore?	Y	N	DK	# days per week: _____
2. While sleeping, does your child have "heavy" or loud breathing?	Y	N	DK	# days per week: _____
3. While sleeping, does your child have trouble breathing, or struggle to breathe?	Y	N	DK	# days per week: _____
4. Does your child snort and/or gasp during sleep?	Y	N	DK	# days per week: _____
5. Have you seen your child stop breathing during the night?	Y	N	DK	# days per week: _____
6. Does your child tend to breathe through the mouth during the day?	Y	N	DK	# days per week: _____
7. Does your child have a dry mouth or sore throat on waking up in the morning?	Y	N	DK	# days per week: _____
8. Does your child go to bed at the same time at night?	Y	N	DK	# days per week: _____
9. Does your child fall asleep alone in his/her own bed?	Y	N	DK	# days per week: _____
10. Does your child fall asleep within 20 minutes after going to bed?	Y	N	DK	# days per week: _____
11. Does your child sleep the right amount?	Y	N	DK	# days per week: _____
12. Does your child sleep the same amount each day?	Y	N	DK	# days per week: _____
13. Does your child fall asleep in parent's or sibling's bed?	Y	N	DK	# days per week: _____
14. Does your child struggle at bedtime (cries, refuses to stay in bed, etc.)?	Y	N	DK	# days per week: _____
15. Does your child need a parent in the room to fall asleep?	Y	N	DK	# days per week: _____
16. Is your child afraid of sleeping alone?	Y	N	DK	# days per week: _____
17. Is your child afraid of sleeping in the dark?	Y	N	DK	# days per week: _____
18. Does your child have trouble sleeping away from home (visiting relatives, vacation)?	Y	N	DK	# days per week: _____
19. Does your child move to someone else's bed during the night (parent, sibling, etc.)?	Y	N	DK	# days per week: _____
20. Does your child awaken once during the night?	Y	N	DK	# days per week: _____
21. Does your child awaken more than once during the night?	Y	N	DK	# days per week: _____
22. Does your child talk during sleep?	Y	N	DK	# days per week: _____
23. Is your child restless and move a lot during sleep?	Y	N	DK	# days per week: _____
24. Does your child sleepwalk during the night?	Y	N	DK	# days per week: _____
25. Does your child wet the bed at night?	Y	N	DK	# days per week: _____
26. Does your child grind his/her teeth during sleep? (your dentist may have told you this)	Y	N	DK	# days per week: _____
27. Does your child awaken alarmed by a frightening dream?	Y	N	DK	# days per week: _____
28. Does your child awaken during the night screaming, sweating, and inconsolable?	Y	N	DK	# days per week: _____

Please answer questions 29-43 about your child's daytime behavior in the PAST 4 WEEKS.

29. Does your child wake up by him/herself in the morning?	Y	N	DK	# days per week: _____
30. Does your child wake up in a negative mood?	Y	N	DK	# days per week: _____
31. Does your child take a long time to become alert in the morning?	Y	N	DK	# days per week: _____
32. Does your child seem tired/unrefreshed in the morning?	Y	N	DK	# days per week: _____
33. Does your child wake up with headaches in the morning?	Y	N	DK	# days per week: _____
34. Does your child have problems with sleepiness during the day?	Y	N	DK	# days per week: _____
35. Has a teacher/supervisor commented that your child appears sleepy during the day?	Y	N	DK	# days per week: _____
36. Does your child seem NOT to listen when spoken to directly?	Y	N	DK	# days per week: _____
37. Does your child have difficulty organizing tasks and activities?	Y	N	DK	# days per week: _____

Pediatric Sleep Disorders Center Intake Questionnaire

38. Is your child easily distracted by extraneous stimuli?	Y	N	DK	# days per week: _____
39. Does your child fidget with hands or feet, or squirm in seat?	Y	N	DK	# days per week: _____
40. Does your child seem "on the go" or often act as if "driven by a motor"?	Y	N	DK	# days per week: _____
41. Does your child interrupt or intrude on others (e.g., butt into conversations or games)?	Y	N	DK	# days per week: _____
42. Does your child have "sleep attacks" or cataplexy (episodes of sudden weakness)?	Y	N	DK	# days per week: _____
43. Does your child feel paralyzed when trying to wake up or fall asleep?	Y	N	DK	# days per week: _____

Questions 44-47 are about your child's overall health. Please circle Yes, No, or Don't Know.

44. Has your child grown at a <u>less than normal</u> rate at any time since birth?	Y	N	DK	
45. Does your child take any chronic medications (for longer than 4 weeks)?	Y	N	DK	

If yes → Please list the medications

	Medicine	Reason for Taking Medicine	Dose	# Doses per Day
If you need more space, please use a separate piece of paper	1.			
	2.			
	3.			
	4.			

For questions 46-49, "usually" means more than half the time.

46. How much total sleep in a 24 hour period does your child get?	a. On weekdays?	_____ hours
	b. On weekends or vacation?	_____ hours
47. How long does it usually take your child to fall asleep each night?		_____ minutes
48. What time does your child usually go to bed and wake up?	a. On weekdays?	____:____ to ____:____
	b. On weekends or vacation?.....	____:____ to ____:____
49. How many hours does your child usually nap during the day:	a. On weekdays?	_____ hours
	b. On weekends or vacation?	_____ hours

Question 50 is specifically about when your child was an infant.

50. Right after your child was born, did they require any of the following: (check all that apply):
 Apnea Monitor Caffeine Oxygen Pulse oximeter None of these Other: (please describe) _____

For questions 51-54, please indicate whether your child has had any of the procedures or diagnoses listed.

51. Has your child ever had surgery to remove tonsils and/or adenoids?	Yes	No
52. Has your child ever been treated at home with Continuous, Bi-level, or Variable Positive Airway Pressure (CPAP, Bi-PAP or VPAP)? <i>This machine helps keep the airway open using a mask that is placed over the nose and or mouth.</i>	Yes	No
53. Has your child ever had polysomnography (an overnight sleep study) at another facility? If yes, at what facility?	Yes	No
54. Has a provider ever diagnosed your child with sleep apnea or sleep disordered breathing?.....	Yes	No

Questions 55-56 pertain to household and immediate family members.

55. Does anyone who lives at home work variable shifts such as night shift?	Yes	No
56. Has a provider ever diagnosed an <u>immediate family member</u> with sleep disordered breathing or sleep apnea If yes → a. Which family member(s)? (check all that apply) <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother <input type="checkbox"/> Sister <input type="checkbox"/> Grandmother <input type="checkbox"/> Grandfather <input type="checkbox"/> Other	Yes	No

Questions 56-58 are specifically about school (preschool/daycare) and attendance.

56. Current grade in school: _____ 57. How many absences this year (estimated): _____ 58. How many morning tardies this year: _____