

Date
Fecha

Referring Physician
Referencia Medica

PATIENT INFORMATION QUESTIONNAIRE
Cuestionario sobre Informacion del Paciente

Please answer each of the following questions by writing in or choosing the best answer. This will help us better understand your/your child's problem related to sleep.

Por favor conteste cada una de las siguientes preguntas por escrito o escogiendo la mejor respuesta. Esto nos ayudara a entender mejor su niño(a) relacionado con su problema para dormir.

Child's name Nombre del Niño(a)	Gender Sexo	Male <input type="radio"/> Masculino	Female <input type="radio"/> Femenina
------------------------------------	----------------	---	--

Child's current weight Peso	height Altura	Date of Birth Fecha de Nacimiento
--------------------------------	------------------	--------------------------------------

Person completing form Persona que llenó la planilla	Relationship to child Relacion con el Niño(a)
---	--

Your phone number home Su numero telefonico	work trabajo	cell celular
--	-----------------	-----------------

Mailing address
Direccion de correo

Email address
Direccion electronica

Check the culture that best describes your child

Marque la raza a la que pertenece

White/Caucasian

Blanco Anglosajon

Black/African-American

Negro Africano Estadounidense

Asian-American

Asiatico Estadounidense

Hispanic-Latino

Hispano/latino

Native-American

Nativo Estadounidense

Other

Otro

What are your major concerns about your child's sleep?

¿Cual es su mayor preocupacion acerca de la falta de sueño de su hijo(a)?

What things have you tried to help your child's problem?

¿Que cosa ha tratado de hacer para ayudar a su hijo(a) con este problema?

Has your child ever had surgery on their upper airway or throat?

If so, what surgery was performed at what age?

¿Tiene tu niño(a) hecha una cirugía en su vía respiratoria o la garganta?

Si es así, ¿A que edad fue realizada la cirugía?

Tonsillectomy

Adenoidectomy

Other

Amigdalotomía

Adenoidetomía

Otra

Does your child drink caffeinated beverages (i.e. Pepsi, Coke, tea, Mountain Dew, coffee, energy drinks)?

¿Toma tu niño(a) bebidas con cafeínas (i.e. pepsi, coca cola, te, rocío de la montaña, café, bebidas energéticas)?

Yes

No

Amount per day

Si

No

Cantidad diaria

Typical sleep schedule
Horario tipico para dormir

Weekdays/School year
Dia de semana/año escolar

Usual bedtime How long to fall asleep? Usual wake time
Hora de acostarse ¿Tiempo para quedar dormido? Hora de levantarse

Number of naps during day
Frecuencia de sueño ligero durante el dia.

Reports of falling asleep at school? Yes No
¿Reportes de quedar dormido en la escuela? Si No

Weekends/Vacation schedule
Fines de semana/Programa de vacaciones

Usual bedtime How long to fall asleep? Usual wake time
Hora de Acostarse Tiempo para quedar dormido? Hora de levantarse

Number of naps during day
Frecuencia de sueño ligero durante el dia.

Bedtime routine
Rutina a la hora de acostarse

Does your child have a regular bedtime routine? Yes No
¿Tiene tu niño(a) una rutina regular para acostarse? Si No

Is a parent present when your child falls asleep? Yes No
¿Están los padres presentes cuando su niño(a) se queda dormido? Si No

What electronic devices (TV, radio, computer, IPOD) are on at bedtime?
¿Qué equipo electrónico (TV, radio, computadora, IPod) esta encendido en el momento de dormir?

Does your child awaken during the night? Yes No
¿Se despierta su niño(a) durante la noche? Si No

How do you respond to nighttime awakenings? (ie child comes to parents room, child moves to another site, child is sent back to their bed, TV or music to sooth back to sleep)

¿Como ustedes responden cuando el niño(a) se despierta en la noche? (ie, el niño(a) viene a la habitación de los padres, se va a otra lugar en la casa, es devuelto a su cama, se le enciende algún equipo como TV o radio para que vuelva a dormirse).

Child usually falls asleep in:
El niño(a) queda dormido en:

- alone in own bed
Solo en su propia cama
- parents' room in own bed
En la habitación de sus padres
- parents' room in parents' bed
En la cama de sus padres
- sibling's room in own bed
En otra habitación durmiendo solo
- sibling's room in sibling's bed
En otra habitación acompañado
- other location _____
Otro lugar

Child usually wakes in morning in:
El niño(a) se despierta en la mañana en:

- alone in own bed
Solo en su propia cama
- parents' room in own bed
En la habitación de sus padres
- parents' room in parents' bed
En la cama de sus padres
- sibling's room in own bed
En otra habitación durmiendo solo
- sibling's room in sibling's bed
En otra habitación acompañado
- other location _____
Otro lugar

Child spends most of night in:
Que el niño(a) hace en la noche:

- alone in own bed
Esta solo en su cama
- parents' room in own bed
En la habitación de los padres
- parents' room in parents' bed
En la cama de los padres
- sibling's room in own bed
En otra habitación en una cama solo
- sibling's room in sibling's bed
Esta en otra habitación acompañado
- other location _____
Otro lugar

Child resists going to bed Yes No
En niño(a) se resiste ir a dormir Si No

If yes is this a problem? Yes No
Si es Sí, ¿Es esto un problema? Si No

Child has difficulty falling asleep? Yes No
¿Tiene el niño dificultad para dormir? Si No

If yes, is this a problem? Yes No
Si es Sí, ¿Es esto un problema? Si No

Child has difficulty going back to sleep after a nighttime awakening? Yes No
¿Tiene el niño(a) dificultad para volver a dormir después de despertarse en la noche?
Si No

Is your child difficult to awaken in the morning? Yes No
¿Es difícil despertar a su niño(a) en la mañana? Si No

Current sleep symptoms

Sintomas comunes para dormir

Never = does not happen

Nunca = no sucede

Sometimes = 1-2 times/week

Algunas veces = 1 ó 2 veces a la semana

Often = 3-5 times/week

Frecuente = 3 a 5 veces en la semana

Always = 6-7 times/week

Siempre = 6 a 7 veces a la semana

Circle what best describes symptom frequency:

Circule la que mejor describe la frecuencia del síntoma:

Difficulty breathing when asleep Dificultad de respirar cuando despierta	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Stops breathing during sleep Para de respirar durante el sueño	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Snores Ronquidos	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Restless sleep Falta de sueño	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Sweating during sleep Sudoración durante el sueño	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Daytime sleepiness Soñolencia en el día	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Nightmares/night terrors Pesadillas	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Sleepwalking Sonámbulo	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Sleeptalking Hablar durmiendo	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Sleeps in unusual positions Dormir en posición inusual	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Kicks legs in sleep Patea durante duerme	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Wakes up at night Despertarse en las noches	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Gets out of bed at night Levantarse en las noches	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre

Trouble staying in own bed Problemas estando en su cama	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Grinds teeth Crujir los dientes	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Wets bed Mojar la cama	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre
Discomfort in legs Incomodidad en las piernas	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre

Current Daytime Symptoms
Sintomas comunes en el dia

Never = does not happen	Often = 3-5 times/week
Nunca= no sucede	Frecuente=3a5 veces en la semana
Sometimes = 1-2 times/week	Always = 6-7 times/week
Algunas veces= 1o2 veces a la semana	Siempre=6a7 veces a la semana

Circle what best describes symptom frequency:
 Circule la que mejor describa la frecuencia de síntomas:

Trouble getting up in the morning Problema al levantarse en la mañana	never nunca	sometimes alguna vez	often frecuente	always siempre	don't know no se
Falls asleep in school Quedar dormido en la escuela	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre	don't know no se
Naps after school Dormitar después de la escuela	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre	don't know no se
Daytime sleepiness Soñolencia durante el día	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre	don't know no se
Feels weak or loses muscle control when laughing Se siente débil o pierde control muscular cuando se ríe	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre	don't know no se
Morning headaches Dolor de cabeza en las mañanas	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre	don't know no se
Not rested after a night's sleep No descansado después de una noche de sueño	never nunca	sometimes algunas veces	often frecuente	always siempre	don't know no se

Other Medical Problems
Otros Problemas Medicos

Frequent nasal congestion Frecuente congestión nasal	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Poor growth Pobre crecimiento	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No
Frequent throat infections Frecuente infección de garganta	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Asthma Asma	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No
Acid reflux (heartburn) Reflujo acido en el estomago	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Excessive weight Peso excesivo	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No
Seizures/epilepsy Agarre/Epilèpsia	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Heart disease Condicion del Corazon	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No
Cerebral palsy	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	High blood pressure	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Paralisis cerebral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Presion alta en la sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Sickle cell anemia	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Anemia celula faciforme	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Down's Syndrome	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Genetic problem	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Sindrome down	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problema genetico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Skeleton problem	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Craniofacial disorder	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Problemas de huesos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desorden craneofacial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Thyroid problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Mouth breathing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Problema de tiroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Respiracion bucal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

List current medications/supplements
Lista corriente de medicación / complementos

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

List any medications your child has stopped taking in the last month _____
Lista de alguna medicación que su niño(a) paro de tomar en el ultimo mes

Learning/behavior/psychiatric history
Aprendizaje/comportamiento/historia siquiatica

Developmental delay Desarrollo retardado	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Hyperactivity/ADHD Hiperactividad/ADHD	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No
Learning problems Problema de aprendizaje	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Behavioral disorder Desorden de comportamiento	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No
Depression Depresion	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Anxiety/panic attacks Ansiedad/ataque de panico	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No
Autism Autismo	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Aggressive behavior Comportamiento agresivo	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No

Current School Performance
Asistencia Escolar

Does your child attend school? Yes No Child's current grade _____
¿Esta su hijo(a) asistiendo a la escuela? Si No Grado académico

Has your child ever repeated a grade? Yes No
¿Ha repetido su hijo(a) su grado académico alguna vez? Si No

Is your child enrolled in any special education classes? Yes No
¿Esta su hijo(a) enrolado en alguna clase de educación especial? Si No

Child's grades this year Excellent Good Average Poor Failing
Grados obtenido este año Excelente Bueno Promedio Pobre Malo

Child's grades last year: Excellent Good Average Poor Failing
Grados obtenidos el año anterior Excelente Bueno Promedio Pobre Malo

Family Sleep History
Historial de sueño en la familia

Does anyone in the family have a sleep disorder?
¿Tiene alguien en la familia con desorden de sueño?

Insomnia Insomnio	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Snoring Ronquido	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No
Sleep apnea Sueño interrumpido	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No	Use CPAP Uso de CPAP	<input type="radio"/> Yes Si	<input type="radio"/> No No

Restless legs Yes No
Syndrome
Piernas cansadas Si No

Sleepwalking Yes No
Camina dormido Si No

Narcolepsy Yes No
Drogado por medicamento Si No
