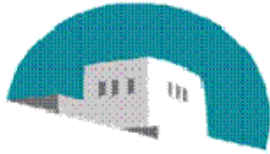


# Historial del sueño de pacientes adultos

PROGRAMA PILOTO



# UNM HOSPITALS

## SLEEP DISORDERS CENTER

The EXPERTS IN SLEEP MEDICINE



1101 Medical Arts Ave., NE—Bldg #2, Albuquerque, NM 87102. Phone: (505) 272-6110 Fax: (505) 272-6112

Responda a estas preguntas para ayudarnos a entender sus problemas del sueño. De ser posible, pida ayuda a alguien que lo haya visto dormir (cónyuge, pareja, amigo, pariente) para responderlas.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Formulario llenado por: \_\_\_\_\_ Fecha en que se llenó: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del médico remitente: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la RAZÓN DE SU VISITA al Centro de Trastornos del Sueño? \_\_\_\_\_

### En DÍAS típicos ENTRE SEMANA o DÍAS LABORALES:

Mi hora de irme a dormir es \_\_\_\_\_  p.m.  a.m.

Me toma \_\_\_\_\_  min.  horas para dormirme.

La hora MÁS TARDE en la que me levanto es  
\_\_\_\_\_  p.m.  a.m.

¿Se despierta sintiéndose descansado?  Sí  NO

### En FINES DE SEMANA típicos o DÍAS LIBRES:

Mi hora de irme a dormir es \_\_\_\_\_  p.m.  a.m.

Me toma \_\_\_\_\_  min.  horas para dormirme.

La hora MÁS TARDE en la que me levanto es  
\_\_\_\_\_  p.m.  a.m.

¿Se despierta sintiéndose descansado?  Sí  NO

### MARQUE 'SÍ' O 'NO' Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO:

Sí  NO La hora en la que me voy a dormir varía. Si "Sí", explique: \_\_\_\_\_

Sí  NO La hora en la que me levanto en la mañana varía. Si "Sí", explique: \_\_\_\_\_

Sí  NO ¿Toma usted siestas durante el día?

Si "Sí": ¿Cuántas siestas toma usted NORMALMENTE por día? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dura su siesta HABITUAL? \_\_\_\_\_  min.  horas

¿Se despierta sintiéndose descansado?  Sí  NO

Sí  NO ¿Se despierta durante la noche?

Si "Sí": ¿Cuántas veces se despierta HABITUALMENTE? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo se queda despierto NORMALMENTE? \_\_\_\_\_  min.  horas

¿Qué lo despierta? \_\_\_\_\_

Sí  NO ¿Trabaja usted por turnos? Si "Sí", describa su horario de trabajo: \_\_\_\_\_

### MARQUE LAS CASILLAS JUNTO A LAS DECLARACIONES QUE SE APLICAN A USTED

Normalmente leo en la cama.

Normalmente escucho música o el radio en la cama.

Normalmente veo la televisión (TV) en la cama.

Mi mascota normalmente duerme en mi cama.

Hay silencio en mi habitación cuando duermo.

Mi habitación está oscura cuando duermo.

La temperatura en mi habitación es cómoda.

Mi colchón es cómodo.

Me siento seguro en mi habitación.

- 
- SÍ  NO **¿Comparte su cama con alguien?** Si "SÍ": ¿Con quién? \_\_\_\_\_
- SÍ  NO **¿Ronca o tiene algún trastorno del sueño su pareja?** Si "SÍ", explique \_\_\_\_\_
- 

SÍ  NO **¿Toma algún medicamento o hierba (recetado o comprado sin receta médica) para AYUDARLO A DORMIR?** Si "SÍ": Anote el nombre, la dosis y la frecuencia \_\_\_\_\_

---

SÍ  NO **¿Toma algún medicamento o hierba (recetado o comprado sin receta médica) para AYUDARLO A PERMANECER DESPIERTO?** Si "SÍ": Anote el nombre, la dosis y la frecuencia \_\_\_\_\_

---

SÍ  NO **¿Consume alguna bebida que contenga CAFEÍNA?**  
Si "SÍ": Escriba más detalles acerca de CUÁNTO CONSUME y CON QUÉ FRECUENCIA.  
Café: \_\_\_\_\_  
Té caliente: \_\_\_\_\_  
Té helado: \_\_\_\_\_  
Refresco (soda) con cafeína (incluyendo Mountain Dew®, Dr. Pepper®, Coca-Cola®, Pepsi®, refrescos dietéticos y bebidas energéticas): \_\_\_\_\_

---

SÍ  NO **¿Consume alguna bebida que contenga ALCOHOL?**  
Si "SÍ": Escriba más detalles acerca de CUÁNTO CONSUME y CON QUÉ FRECUENCIA.  
Cerveza: \_\_\_\_\_  
Vino: \_\_\_\_\_  
Licor: \_\_\_\_\_

---

- SÍ  NO **¿Ha pensado alguna vez que debería DISMINUIR su consumo de alcohol?**
- SÍ  NO **¿Lo ha MOLESTADO la gente al criticar su hábito de beber?**
- SÍ  NO **¿Se ha SENTIDO MAL alguna vez o se ha SENTIDO CULPABLE por su hábito de beber?**
- SÍ  NO **¿Ha tomado alguna vez una BEBIDA ALCOHÓLICA a primera hora de la mañana para tranquilizar sus nervios o eliminar la resaca (cruda)?**
- 

SÍ  NO **¿Consume actualmente productos que contengan TABACO?**  
Si "SÍ": Escriba más detalles acerca de CUÁNTO CONSUME y CON QUÉ FRECUENCIA.  
Cigarrillos: \_\_\_\_\_  
Puros: \_\_\_\_\_  
Pipa: \_\_\_\_\_  
Tabaco de mascar: \_\_\_\_\_

---

SÍ  NO **Si usted consumía tabaco en el pasado, ¿CUÁNTO consumía y POR CUÁNTO TIEMPO lo hizo?**  
¿Cuándo dejó de fumar o de consumir tabaco? \_\_\_\_\_

---

SÍ  NO **¿Ha consumido con regularidad alguna vez estupefacientes o drogas ilícitas?**  
Si "SÍ": Escriba más detalles acerca de cuánto y cuándo.  
Droga \_\_\_\_\_ Cuánto \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia \_\_\_\_\_  
Droga \_\_\_\_\_ Cuánto \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia \_\_\_\_\_  
Droga \_\_\_\_\_ Cuánto \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia \_\_\_\_\_

---

SÍ  NO **¿Todavía consume alguna de ellas?**

---

**¿Consume algo de lo siguiente en las CUATRO HORAS PREVIAS A IRSE A DORMIR?**

- CAFEÍNA  TABACO  ALCOHOL  
 ESTUPEFACIENTES / DROGAS ILÍCITAS



**¿Qué tan bien duerme fuera de su habitación en casa (por ejemplo, en un sofá o sillón reclinable)?**

- PEOR       IGUAL       MEJOR

**¿Qué tan bien duerme fuera de su casa?**

- PEOR       IGUAL       MEJOR

SÍ     NO    **¿Ve el reloj con frecuencia cuando está teniendo dificultades para quedarse dormido?**  
Si "SÍ": ¿Cómo le hace sentir ver el reloj cuando no está durmiendo? \_\_\_\_\_

SÍ     NO    **¿Siente ansiedad o temor cuando se mete en la cama para dormir?**  
Si "SÍ", explique por qué siente ansiedad o temor. \_\_\_\_\_

SÍ     NO    **¿Tiene sensaciones incómodas (no dolorosas) en las piernas?**  
Si "SÍ", describa lo que siente en sus piernas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Es peor en la noche? \_\_\_\_\_  
¿Qué le hace sentir mejor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Cómo afectan a su sueño esas sensaciones en sus piernas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TIENE o USA en la noche algo de lo siguiente:**

- Oxígeno     CPAP (Presión positiva continua en las vías respiratorias) o BPAP (presión binivel)  
 Dispositivo de ortodoncia removible (nocturno)

**CALIFIQUE CUÁNTO SUEÑO (QUÉ TAN SOMNOLIENTO SE) SIENTE DURANTE EL DÍA**

¿Qué probabilidades tiene de ADORMILARSE (no solamente de sentir cansancio o fatiga) en las siguientes situaciones? Esto se refiere a cuánto sueño ha sentido RECIENTEMENTE (como por ejemplo, en las últimas DOS SEMANAS). Si no ha realizado estas actividades recientemente, trate de IMAGINARSE cuánto sueño sentiría o qué tan adormilado se sentiría en estas situaciones.

Use la siguiente escala para escoger el número más adecuado en cada situación (enciérrelo en un círculo):

**0 = NUNCA me adormecería**

**1 = Tendría una LEVE POSIBILIDAD de adormecerme (aproximadamente el 10% del tiempo)**

**2 = Tendría una POSIBILIDAD MODERADA de adormecerme (aproximadamente el 50% del tiempo)**

**3 = Tendría una ALTA POSIBILIDAD de adormecerme (casi el 100% del tiempo)**

Probabilidad de adormilarse o quedarse dormido

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | Cuando está sentado y leyendo   |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Cuando está viendo la televisión  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Cuando está inactivo sentado en un lugar público (como por ejemplo, en un teatro, una reunión, salón de clases o iglesia) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Como pasajero en un automóvil por una hora sin hacer una parada   |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Cuando se recuesta a reposar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Cuando está sentado y hablando con alguien  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Cuando está sentado tranquilamente después de haber almorzado sin haber bebido alcohol                                    |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Cuando está en un auto (maneja), mientras está parado por unos minutos en el tráfico                                      |

**¿Qué hace para hacer ejercicio?** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto pesaba aproximadamente...?** Hace un año: \_\_\_\_\_ libras

Hace 5 años: \_\_\_\_\_ libras



---

**¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? Si "SÍ", marque la casilla:**

- Ronca
- Se despierta con la respiración cortada o ahogándose
- Deja de respirar mientras duerme

---

- Su sueño es inquieto
- Suda en exceso mientras duerme
- A veces se orina mientras duerme

---

- No puede dormir boca arriba
- Tiene dificultad para respirar cuando está recostado
- Se despierta con acidez estomacal o con un sabor de boca agrio como de ácido estomacal (reflujo gastroesofágico o indigestión)

---

- Se despierta con dolor de garganta
- Se despierta con su corazón latiendo rápidamente o saltándose latidos
- Se despierta confundido y desorientado

---

- A menudo se despierta con dolor de cabeza
- A menudo se despierta con náuseas o con ganas de vomitar
- A menudo se despierta con la boca reseca

---

- A menudo tiene dificultad para quedarse dormido porque tiene dificultad para respirar o tos
- A menudo tiene dificultad para quedarse dormido porque se siente triste o deprimido
- A menudo tiene dificultad para quedarse dormido porque siente ansiedad o temor

---

- A menudo tiene dificultad para quedarse dormido porque tiene pensamientos acelerados
- A menudo tiene dificultad para quedarse dormido debido a dolor
- Rechina los dientes cuando duerme

---

- Se siente paralizado cuando se está quedando dormido o cuando se despierta
- Tiene visiones que parecen sueños (alucinaciones) a pesar de que usted sabe que está despierto
- "Representa" (demuestra) sus sueños

---

- Tiene pesadillas con frecuencia
- A menudo camina o habla dormido
- A menudo habla cuando está dormido

---

- No puede mantener sus piernas quietas antes de quedarse dormido
- Siente una necesidad irresistible de mover sus piernas cuando está sentado o recostado
- Se le dificulta conducir un automóvil a cortas distancias debido a la somnolencia

---

- Se le dificulta conducir un automóvil a largas distancias debido a la somnolencia
- Tiene problemas con las relaciones o interacciones sociales debido a la somnolencia
- Tiene problemas en el trabajo o la escuela debido a la somnolencia

---

- Tiene problemas de concentración y memoria debido a la somnolencia
- Tiene problemas de caídas debido a la somnolencia
- Se siente deprimido

---

- Se siente ansioso o nervioso
- Tiene antecedentes de traumatismos físicos o traumas emocionales
- Tiene claustrofobia

---

- Tiene disfunción eréctil
- A menudo siente una debilidad repentina (no mareo) en las rodillas, el cuello o los brazos cuando algo le sobresalta, cuando se ríe, está enojado o exaltado

---

- Tiene dificultad para controlar su presión (tensión) arterial
- Tiene dificultad para controlar su diabetes / glucemia
- Tiene hinchazón en sus pies o tobillos

**Haga una lista de todos los MEDICAMENTOS QUE NO PUEDA TOMAR debido a alergias o efectos secundarios:** \_\_\_\_\_

**Haga una lista de otras SENSIBILIDADES que tenga (como por ejemplo, a los mariscos, la cinta adhesiva, el látex):** \_\_\_\_\_

**Haga una lista de TODOS los medicamentos (incluyendo los medicamentos sin receta y los complementos nutritivos) que esté tomando actualmente:**

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**¿TIENE AHORA o ha tenido ALGUNA VEZ algo de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda):**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Dentaduras postizas                           | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón      | <input type="checkbox"/> Ataques fisiológicos (convulsiones) / Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo             | <input type="checkbox"/> Depresión                                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales              |
| <input type="checkbox"/> Alergias                | <input type="checkbox"/> Diabetes                                      | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta   | <input type="checkbox"/> Derrame o embolia cerebral                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermed. de Alzheimer  | <input type="checkbox"/> Drogodependencia                              | <input type="checkbox"/> Alto colesterol         | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea                             |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Enfisema / Enfermed. pulm. obstruct. crónicas | <input type="checkbox"/> VIH                     | <input type="checkbox"/> Extirpación de las amígdalas (tonsilectomía)    |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho         | <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil                            | <input type="checkbox"/> Lesión en la nariz      | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                                     |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                    |
| <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Traumatismo craneal                           | <input type="checkbox"/> Cirugía de pulmón       |  |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (ataque cardíaco)        | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental       |  |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral         | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca                        | <input type="checkbox"/> Obesidad                |  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico           |  | <input type="checkbox"/> Neumonía                |  |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria  |  | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia           |  |

**Anote CUALQUIER OTRO PROBLEMA MÉDICO que no haya sido mencionado anteriormente:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anote cualquier OPERACIÓN que haya tenido:**

<u>Fecha aproximada</u>	<u>Tipo de cirugía</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



**¿Tiene algún PARIENTE CONSANGUÍNEO que tenga o haya tenido algo de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda):**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo            | <input type="checkbox"/> Drogodependencia                                | <input type="checkbox"/> Insomnio                          | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia                          |
| <input type="checkbox"/> Enf. de Alzheimer      | <input type="checkbox"/> Enfisema / Enf. pulmon. obstruct. crónicas      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón              | <input type="checkbox"/> Síndrome de muerte súbita del lactante |
| <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Ataques fisiológicos (convulsiones) | <input type="checkbox"/> Fuertes ronquidos                 | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                        |
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental                 | <input type="checkbox"/> Camina dormido (es sonámbulo)          |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad               | <input type="checkbox"/> Cardiopatía (enfermedad del corazón)            | <input type="checkbox"/> Narcolepsia                       | <input type="checkbox"/> Derrame o embolia cerebral             |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva                            | <input type="checkbox"/> Obesidad                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Cardiopatía (enfermedad del corazón)            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson           | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                           |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                           | <input type="checkbox"/> Síndrome de las piernas inquietas |   |
| <input type="checkbox"/> Depresión              | <input type="checkbox"/> Alto colesterol                                 |  |   |

**Anote cualquier otra ENFERMEDAD O AFECCIÓN importante que OCURRA EN SU FAMILIA:**

Soy:  soltero(a)  casado(a)  estoy en una relación a largo plazo  viudo(a) Mi raza y/o grupo étnico es:

Vivo:  solo(a)  con (describa la relación) \_\_\_\_\_

Yo:  trabajo  estoy indemnizado por incapacidad  estoy jubilado  
 otro: \_\_\_\_\_ Mi ocupación es / era: \_\_\_\_\_

El más alto nivel de educación académica que terminé es: \_\_\_\_\_

último ciclo de educación secundaria  título universitario  
 título de postgrado  otro: \_\_\_\_\_

- Hispano  
 Blanco / caucásico  
 Negro / afroamericano  
 Indígena americano  
 Asiático  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Marque cualquier síntoma que le haya molestado en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.**

**En las ÚLTIMAS DOS SEMANAS he tenido lo siguiente:**

**De la constitución**

- Sudor mientras duermo  
 Fiebre (calentura)  
 Escalofríos

**Neurológico**

- Dolores de cabeza  
 Mareo  
 Desmayos

**Ojos**

- Visión doble  
 Visión borrosa  
 Irritación o molestias de los ojos

**Otorrinolaringología**

- Dolor de oído  
 Sangrado de la nariz  
 Nariz tapada o congestión  
 Dificultad para tragar  
 Dolor de garganta

**Cuello**

- Rigidez de cuello (nuca) o dolor

**Aparato respiratorio**

- Respiración con silbido  
 Dificultad para respirar:  en reposo  con actividad

**Toser sangre**

- Tos nocturna

**Sistema cardiovascular**

- Dolor en el pecho  
 Presión o tensión en el pecho  
 Su corazón se salta latidos  
 Palpitaciones  
 Molestia en mandíbula o cuello  
 Molestia en el brazo izquierdo

**Sistema gastrointestinal**

- Reflujo gastroesofágico / acidez estomacal  
 Náuseas  
 Vómito  
 Cambio en hábitos de defecación  
 Sangre en las heces o heces negras

**Aparato locomotor**

- Dolor de espalda  
 Dolor en las articulaciones  
 Pérdida de la coordinación

**Aparato genitourinario**

- Micción nocturna frecuente  
 Incontinencia

**Hematológicos / Inmunológicos**

- Sangrado anormal  
 Moretones con facilidad  
 Infecciones

**Tegumento**

- Sarpullido  
 Llagas o lesiones de la piel  
 Hinchazón de los pies

**Psicológicos**

- Ansiedad  
 Ataques de angustia (pánico)  
 Sentimientos de tristeza  
 Abuso físico o emocional

## Resultados funcionales del cuestionario del sueño

Para cada una de las siguientes preguntas, encierre su respuesta en un círculo. Tenga en cuenta que en este cuestionario, cuando se usan las palabras “adormece”, “somnoliento”, “tiene sueño” o “cansado”, éstas describen lo que siente cuando no puede mantener sus ojos abiertos, cuando cabecea, quiere quedarse dormido o siente la necesidad de tomar una siesta. Estas palabras no se refieren al cansancio o fatiga que usted pudiera sentir después de haber hecho ejercicio.

**0 = No hago esta actividad por otros motivos**

**1 = Sí, muchísimo**

**2 = Sí, moderadamente**

**3 = Sí, un poco**

**4 = No**

- |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Tiene dificultad por lo general para concentrarse en las cosas que hace porque tiene sueño o está cansado?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Tiene dificultad por lo general para recordar cosas porque tiene sueño o está cansado?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Tiene dificultad para terminar una comida porque se adormece o se cansa?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta trabajar en un pasatiempo (por ejemplo, coser, formar colecciones, jardinería) porque tiene sueño o está cansado?   |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta la realización de las labores domésticas (por ejemplo: limpiar la casa, lavar la ropa, sacar la basura, hacer reparaciones) porque tiene sueño o está cansado?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta conducir un automóvil a cortas distancias ( <u>menores</u> a 161 kilómetros [100 millas]) porque tiene sueño o está cansado?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta conducir un automóvil a largas distancias ( <u>mayores</u> a 161 kilómetros [100 millas]) porque se adormece o se cansa?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta hacer cosas porque está demasiado somnoliento o cansado para conducir o tomar un transporte público?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta encargarse de los asuntos financieros y el papeleo (por ejemplo: extender un cheque, pagar las cuentas, llevar los registros financieros, llenar formularios para la declaración de impuestos, etc.) porque tiene sueño o está cansado? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta desempeñar un empleo o trabajar como voluntario porque tiene sueño o está cansado?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta mantener una conversación telefónica porque se adormece o se cansa?   |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta atender a sus visitas (familiares o amigos) en <u>su</u> casa porque se adormece o se cansa?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta visitar a sus familiares o amigos en la casa <u>de ellos</u> porque usted se adormece o se cansa?   |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta hacer cosas para sus familiares o amigos porque está demasiado somnoliento o cansado?   |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se ha visto afectada su relación con familiares, amigos o colegas porque usted está somnoliento o cansado?  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | ¿Se le dificulta hacer ejercicio o participar en una actividad de deporte porque está demasiado somnoliento o cansado?   |



## Resultados funcionales del cuestionario del sueño (continuación)

0 = No hago esta actividad por otros motivos

1 = Sí, muchísimo

2 = Sí, moderadamente

3 = Sí, un poco

4 = No

0	1	2	3	4	¿Tiene dificultad para ver una película o video porque usted se adormece o se cansa?		
0	1	2	3	4	¿Tiene dificultad para disfrutar del teatro o de una presentación porque usted se adormece o se cansa?		
0	1	2	3	4	¿Tiene dificultad para disfrutar de un concierto porque se adormece o se cansa?		
0	1	2	3	4	¿Se le dificulta ver la televisión porque está somnoliento o cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se le dificulta participar en oficios religiosos, reuniones o en un grupo o club porque está somnoliento o cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se le dificulta ser tan activo como usted quisiera en la <u>noche</u> porque tiene sueño o está cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se le dificulta ser tan activo como usted quisiera en la <u>mañana</u> porque tiene sueño o está cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se le dificulta ser tan activo como usted quisiera en la <u>tarde</u> porque tiene sueño o está cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se le dificulta seguirle el ritmo a otras personas de su misma edad porque usted está somnoliento o cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se ha visto afectada su relación íntima o sexual porque usted está somnoliento o cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se ha visto afectado su deseo sexual o de intimidad porque usted está somnoliento o cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se ha visto afectada su capacidad de excitarse sexualmente porque usted está somnoliento o cansado?		
0	1	2	3	4	¿Se ha visto afectada su capacidad de tener un orgasmo porque usted está somnoliento o cansado?		
¿Cómo calificaría su nivel general de actividad? Encierre uno en un círculo:							
Muy bajo		Bajo		Medio		Alto	
1		2		3		4	

**¡Muchas gracias por responder este cuestionario!**

Para uso exclusivo de la oficina  
(Office use only)

Especialista clínico  
(Clinician): \_\_\_\_\_

Fecha (Date): \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_