

FULL SLEEP QUESTIONNAIRE

Patient Name: (Nombre):

Date: (Fecha):

Briefly describe your sleep quality:

(En breves palabras describa su calidad de sueño):

	YES SI	NO	
1. Do you feel you get enough sleep at night? (Piensa que duerme lo suficiente durante la noche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Do you wake up refreshed? (Se despierta refrescado?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Do you wake up sleepy? (Se despierta con sueño?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Do you snore? (Ronca?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Loud
5. Can you breathe through your nose? (Puede respirar por la nariz?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Do you awaken with a dry mouth or sore throat? (Se despierta con la boca seca o la garganta irritada?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Is your sleep disturbed by heartburn or gagging? (Se despierta con acidez estomacal o con deseos de vomitar?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Do you awaken with gasping for air or shortness of breath? (Se despierta esforzándose para respirar o con falta de aire?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Has anyone ever witnessed you stop breathing at night? (Le ha observado alguien cesar de respirar mientras duerme?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Do you disturb your partner's sleep? (Molesta su inquietude a su pareja cuando duerme?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	YES SI	NO	SOMETIMES A VECES
11. Do you awaken with morning headaches? <i>(Se despierta con dolor de cabeza en las mananas?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Are you excessively sleepy during the day? <i>(Se siente excesivamente sonoliento durante el día?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Do you fall asleep at inappropriate time? <i>(Se queda dormido a cualquier hora del día?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Do you wake up because you are hungry at night? <i>(Se despierta con hambre durante la noche?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Do you kick or twitch your legs at night, prior to falling asleep? <i>(Patalea o mueve las piernas por la noche, antes de dormirse?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Do you have problems with keeping your legs still at night? <i>(Tienes problemas para mantener sus piernas quietas?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Do you get achy or "creeping" sensations in your legs at night? <i>(Tiene sensación de dolor o "calambres" en las piernas por la noche?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Do you have difficulty staying awake during the day? <i>(Le da trabajo mantenerse despierto durante el día?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Do you feel muscular weakness while laughing or crying? <i>(Siente debilidad muscular mientras se ríe o llora?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Have you awaken from sleep, unable to move? <i>(Se ha despertado alguna vez sin poder moverse?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Do you experience vivid life-like dreams when you are tired? <i>(Tiene sueños que parecen reales cuando esta cansado?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Have you been told you grind your teeth while asleep? <i>(Le ha dicho alguien que rechina los dientes mientras duerme?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Do you sweat at night while asleep, even without being hot? <i>(Suda por la noche mientras duerme, aunque no haga calor?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Do you walk and/or talk in your sleep? <i>(Camina o hablas mientras duermes?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Do you act out your dreams? <i>(Actúa a cabo sus sueños?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YES **NO** **SOMETIMES**
SI **A VECES**

26. Do you use medication, alcohol, or any sleep aids to help you sleep?
(Usted usa medicamentos, alcohol, o algun otro tipo de sedante para ayudarlo a dormir?)

27. Describe what you take.
(Describe que toma.)

28. Does your bedtime vary often?
(Varia frecuentemente su hora de acostarse?)

29. What is your work schedule?
(Cual es su horario de trabajo?)

30. Are you an overnight worker?
(Su horario de trabajo es durante la noche?)

31. What is your normal bedtime?
(Cual es su hora normal de dormirse?)

32. What is the time that you fall asleep?
(A que hora se duerme?)

33. What is your normal wake time?
(Cual es su hora normal de despertarse?)

34. What is the time that you leave the bed?
(A que hora despues de despertarte, te levntas de la cama?)

35. Is your sleep interrupted?
(Su sueno es interrumpido?)

36. If you wake up during the night, how many times?
(Si se despierta durante la noche, cuantas veces?)

EPWORTH SLEEPINESS SCALE (Escala del Sueño)

How likely are you to fall asleep/doze off during the circumstances listed below? If you have not reacted to some of these, estimate how you feel you might have reacted. *(Hay alguna posibilidad de que se quede dormido/medio dormido en las circunstancias mencionadas a continuacion? Si no ha experimentado alguna de ellas, piense como hubiera reaccionado.)*

0 = No Chance <i>(De ninguna manera)</i>	1 = Occasionally <i>(Ocasionalmente)</i>	2 = Monthly <i>(Por lo menos al mes)</i>	3 = Weekly <i>(Por lo menos semanal)</i>
--	--	--	--

Chance of Dozing <i>(Probabilidad de quedarse dormido)</i>	Situation <i>(Situacion)</i>
	Sitting and Reading <i>(Sentado y leyendo)</i>
	Watching TV <i>(Mirando la television)</i>
	Sitting Inactive in a public place- theater or meeting <i>(Sentado inactive en un lugar publico-cine o reunion)</i>
	As a passenger in a car for an hour without break <i>(Como pasajero en un auto por mas de una hora)</i>
	Lying down to rest in the afternoon if circumstances allow it <i>(Por la tarde acostado para descansar, si las circunstancias se lo permiten)</i>
	Sitting and talking with someone <i>(Sentado y conversando con alguien)</i>
	Sitting quietly after lunch, without alcohol <i>(Sentado tranquilamente despues del almuerzo, sin haber consumido alcohol)</i>
	Driving a car or while stopped in traffic <i>(Conduciendo un auto o mientras que esta parado en una luz de trafico)</i>
	Total Epworth Score <i>(Total)</i>