

CLINICA DE SUEÑO

CUESTIONARIO DE SUEÑO EN NIÑOS

Este cuestionario esta diseñado para ser llenado por los padres o responsables directos del niño (a) que acude a consulta. Contiene preguntas sobre salud general, hábitos de sueño, síntomas y algunos antecedentes.

Le solicitamos:

Usar lápiz para que pueda borrar en caso de equivocación y seguir los siguientes pasos.

1. Marcar con una "X" sobre la opción que mejor responda a la pregunta. **Ejemplos:**

¿Cuál es el sexo del niño?

Hombre..... (1)

Mujer..... (2)

Ejemplo

Marquez Hernández Samuel

¿En que fecha nació? 25 10 1993

2. Por favor **no deje preguntas sin contestar.**

Si tiene alguna duda de cómo llenar el cuestionario por favor sientase en confianza de preguntar

INICIE AQUÍ

Fecha de llenado: _____
Día / Mes / Año

I DATOS GENERALES:

1. Cuál es el nombre completo del niño(a) empezando por el apellido paterno?

2. Cuál es el sexo del niño(a)?

Hombre..... (1)

Mujer..... (2)

3. Fecha de nacimiento: _____
Día / Mes / Año

4. Qué edad tiene el niño(a)?

_____ años _____ meses

5. Cuál es la dirección donde vive el niño?:

Calle _____

Número exterior/interior: _____

Colonia: _____

Delegación/municipio _____

Estado _____

6. Nombre completo de la persona que da los datos:

7. Parentesco: _____

8. Teléfono:

NO.....(1) SI.....(1)

Número domicilio: ___/___/___/___/___/___/___/___/

Número trabajo: ___/___/___/___/___/___/___/___/

Número recado: ___/___/___/___/___/___/___/___/

2. ANTECEDENTES

9. De cuantos meses de embarazo nació el niño o niña? _____

10. La madre del niño(a) fumó durante el embarazo? Mes Año

SI (1) NO (2) NO SE (3)

11-¿Algún familiar del niño(a) (hermanos, padres o abuelos) ha tenido alguno de los siguientes padecimientos?

Señale SI o NO según sea su respuesta en cada enfermedad

a) **Obesidad** SI (1) NO (2)

b) **Asma** SI (1) NO (2)

c) **Rinitis** SI (1) NO (2)

d) **Alergias** SI (1) NO (2)

Especifique cuáles alergias:

3. DATOS DE LA CASA Y LA FAMILIA

12. ¿Cuántos cuartos, sin contar cocina y baños, hay en su casa? _____

13. ¿Cuántas personas en total viven en su casa contando Ud. y el niño(a)? _____

14. ¿Cuál de los animales de la lista vive en su misma casa? (adentro y afuera de los cuartos, incluyendo los que están en patios)

a) Perro: SI (1) NO (2)

b) Gato: SI (1) NO (2)

c) Palomas o pájaros: SI (1) NO (2)

Otros (especifique) _____

15. ¿Alguna de las personas que viven en la misma casa, del niño(a) ha fumado regularmente durante los últimos 6 meses dentro de la casa?

SI (1)

NO (2)

4. HABITOS DE SUEÑO

16. ¿A que hora acostumbra dormirse su hijo(a)? _____ hrs.

17. ¿A que hora acostumbra despertarse su hijo(a)? _____ hrs.

18. ¿Con qué frecuencia ha tenido dificultad para que su hijo(a) se quiera dormir durante los últimos 6 meses?

Nunca..... (1)

Rara vez (menos de un día al mes)..... (2)

Algunas veces (1 a 2 días por mes)..... (3)

Frecuentemente (1-2 días por semana)..... (4)

Por lo general (3 a 5 días por semana)..... (5)

Siempre (todos los días)..... (6)

19. ¿Con qué frecuencia en los últimos 6 meses su hijo(a) se ha despertado y levantado con dificultad por las mañanas?

Nunca.....(1)

Rara vez (menos de un día al mes).....(2)

Algunas veces (1 a 2 días por mes).....(3)

Frecuentemente (1-2 días por semana).....(4)

Por lo general (3 a 5 días por semana).....(5)

Siempre (todos los días).....(6)

20. ¿Con qué frecuencia su hijo(a) ha tomado siestas durante el día en los últimos 6 meses?

Nunca.....(1)

Rara vez (menos de un día al mes).....(2)

Algunas veces (1 a 2 días por mes).....(3)

Frecuentemente (1-2 días por semana).....(4)

Por lo general (3 a 5 días por semana).....(5)

Siempre (todos los días).....(6)

21. Si su hijo(a) toma más de una siesta al día, cuantas toma?

_____siestas/día

22. ¿En promedio cuánto dura cada siesta de su hijo(a)?

_____hrs. _____ minutos

23. ¿Como cree Ud. que es la calidad de sueño de su hijo(a)?

buena.....(1)

regular..... (2)

mala.....(3)

24. ¿En promedio cuántas veces despierta su hijo(a) en una noche? _____

25. Si su hijo(a) se despierta en la noche, por qué? _____

26. ¿Con qué frecuencia ha notado que su hijo(a) ronque durante los últimos 6 meses?

Nunca.....(1)

Rara vez (menos de una noche al mes).....(2)

Algunas veces (1 a 2 noches por mes).....(3)

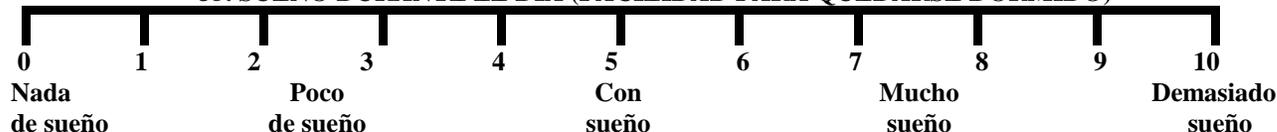
Frecuentemente (1-2 noches por semana).....(4)

Por lo general (3 a 5 noches por semana).....(5)

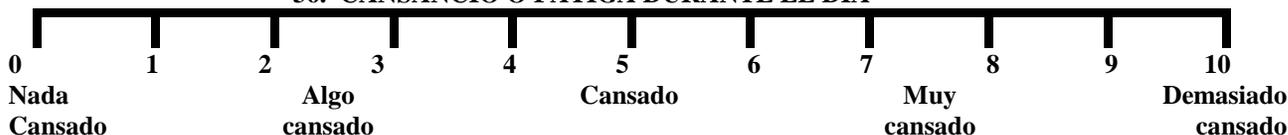
Siempre (todas las noches).....(6)

Las siguientes líneas gradúan la cantidad de sueño, cansancio e irritabilidad que pueda presentar su hijo(a). Los valores van del cero al 10. Siendo el cero nada y el 10 el mayor grado posible. Tache el número (del cero al 10) que mejor represente a su hijo(a).

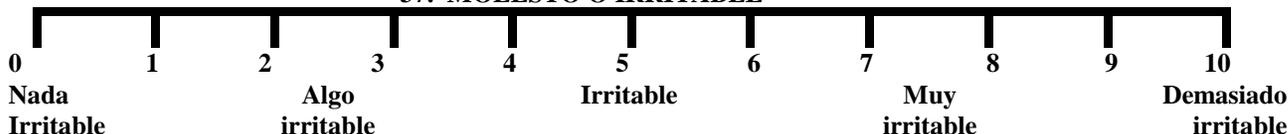
35. SUEÑO DURANTE EL DIA (FACILIDAD PARA QUEDARSE DORMIDO)



36. CANSANCIO O FATIGA DURANTE EL DIA



37. MOLESTO O IRRITABLE



5. SALUD EN EL NIÑO

38. ¿Ha sido alguna vez su niño(a) diagnosticado por un médico con alguna de las siguientes enfermedades:

a) Neumonía, pulmonía o bronconeumonía

SI (1) NO (2)

b) Catarros alérgicos

SI (1) NO (2)

c) Tuberculosis

SI (1) NO (2)

d) Bronquitis

SI (1) NO (2)

e) Infección en los oídos, otitis

SI (1) NO (2)

f) Anginas grandes o adenoides grandes

SI (1) NO (2)

g) Vómitos frecuentes, regurgitaciones o reflujo

SI (1) NO (2)

h) Estatura baja o peso bajo

SI (1) NO (2)

i) Desnutrición

SI (1) NO (2)

j) Exceso de peso u obesidad

SI (1) NO (2)

k) Hiperactivo(a)

SI (1) NO (2)

l) Enfermedad del corazón

SI (1) NO (2)

39. ¿Su hijo(a) ha sido operado(a) de anginas o adenoides?

SI (1) NO (2)

6. SINTOMAS RESPIRATORIOS

40. ¿Alguna vez ha tenido su hijo(a) ha sido diagnosticado con asma por algún médico?

SI (1) NO (2) → Pase a la pregunta 43

41. ¿A qué edad a su hijo(a) le diagnosticaron asma por primera vez?

_____ años.

42. ¿Durante los últimos 12 meses su hijo(a) ha tomado algún medicamento (inhulado, en aerosol, en jarabe o en tableta) para el asma?

SI (1) NO (2)

43. ¿Su hijo(a) ha tenido accesos de tos en los últimos 12 meses?

SI (1) NO (2)

44. ¿En los últimos 12 meses su hijo(a) ha tenido tos con flema la mayor parte de los días durante más de 3 meses?

SI (1) NO (2)

45. ¿En los últimos 12 meses, alguna vez ha tenido su hijo(a) silbidos en el pecho?

SI (1) NO (2) → **Pase a la pregunta 49**

46. ¿Con qué frecuencia su hijo(a) ha presentado silbidos durante los últimos 12 meses?

Nunca.....(1)
Rara vez (menos de un día al mes).....(2)
Algunas veces (1 a 2 días por mes).....(3)
Frecuentemente (1-2 días por semana).....(4)
Por lo general (3 a 5 días por semana).....(5)
Siempre (todos los días).....(6)

47. ¿Su hijo(a) ha presentado accesos de tos o silbidos durante la noche?

SI (1) NO (2)

48. ¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia su hijo(a) ha presentado accesos de tos o silbidos durante la noche?

Nunca.....(1)
Rara vez (menos de una noche al mes).....(2)
Algunas veces (1 a 2 noches por mes).....(3)
Frecuentemente (1-2 noches por semana).....(4)
Por lo general (3 a 5 noches por semana).....(5)
Siempre (todas las noches).....(6)

49. ¿Actualmente viene su hijo(a) enfermo de catarro o de la garganta?

SI (1) NO (2)

50. ¿Cuánto tiempo lleva enfermo(a)?:

_____ días _____ semanas

51. ¿Aproximadamente cuántas veces en un año se enferma su hijo(a) de la garganta, anginas o gripes que requiera tratamiento con antibióticos?

52. ¿En los últimos 12 meses, con frecuencia su hijo(a) no puede respirar bien por tener la nariz tapada?

Nunca.....(1)
Rara vez (menos de un día al mes).....(2)
Algunas veces (1 a 2 días por mes).....(3)
Frecuentemente (1-2 días por semana).....(4)
Por lo general (3 a 5 días por semana).....(5)
Siempre (todos los días).....(6)

53. ¿En los últimos 12 meses, con que frecuencia ha notado que su hijo(a) respira por la boca cuando está despierto?

Nunca.....(1)
Rara vez (menos de un día al mes).....(2)
Algunas veces (1 a 2 días por mes).....(3)
Frecuentemente (1-2 días por semana).....(4)
Por lo general (3 a 5 días por semana).....(5)
Siempre (todos los días).....(6)

54. ¿En los últimos 12 meses, con que frecuencia ha notado que su hijo(a) respira por la boca cuando está dormido?

Nunca.....(1)
Rara vez (menos de una noche al mes).....(2)
Algunas veces (1 a 2 noches por mes).....(3)
Frecuentemente (1-2 noches por semana).....(4)
Por lo general (3 a 5 noches por semana).....(5)
Siempre (todas las noches).....(6)

55. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia a su hijo(a) le escurre la nariz o tiene catarro?

Nunca.....(1)
Rara vez (menos de un día al mes).....(2)
Algunas veces (1 a 2 días por mes).....(3)
Frecuentemente (1-2 días por semana).....(4)
Por lo general (3 a 5 días por semana).....(5)
Siempre (todos los días).....(6)

56. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia a su hijo(a) le escurre moco por detrás de la garganta que tenga que tragarlo o escupirlo?

Nunca.....(1)
Rara vez (menos de un día al mes).....(2)
Algunas veces (1 a 2 días por mes).....(3)
Frecuentemente (1-2 días por semana).....(4)
Por lo general (3 a 5 días por semana).....(5)
Siempre (todos los días).....(6)

57. ¿Si le escurre moco o lo escupe, de que color es?

Transparente (como agua).....(1)
Amarillo.....(2)
Verde.....(3)
Amarillo-verdoso.....(4)

58. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia su hijo(a) ha tenido comezón en la nariz, que se rasque o talle mucho la nariz?

Nunca.....(1)
Rara vez (menos de un día al mes).....(2)
Algunas veces (1 a 2 días por mes).....(3)
Frecuentemente (1-2 días por semana).....(4)
Por lo general (3 a 5 días por semana).....(5)
Siempre (todos los días).....(6)

EXPLORACION FISICA

FAVOR DE NO ESCRIBIR EN ESTA AREA

PESO _____ kg.

SaO2: _____

TALLA _____ metros

FC: _____

PERIMETRO DEL CUELLO _____ cm

TA: _____

Explorar apertura bucal sin abateleguas

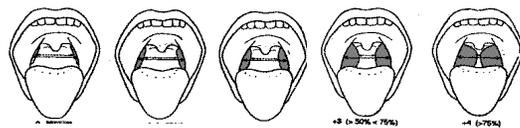
Clase I Clase II Clase III Clase IV



MALLAMPATI

Tamaño de las amígdalas con abateleguas y sin arqueado

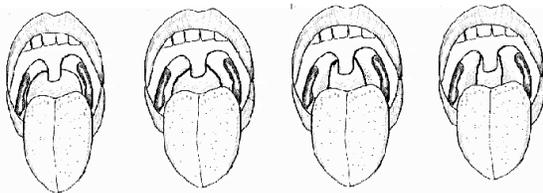
0 I II III IV



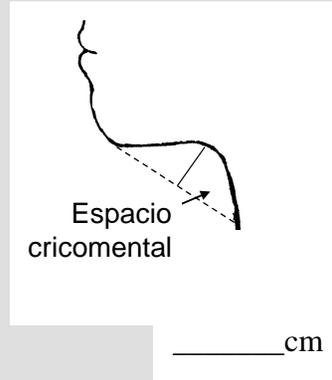
AMIGADALAS OBSTRUCTIVAS

Explorar apertura bucal sin abateleguas

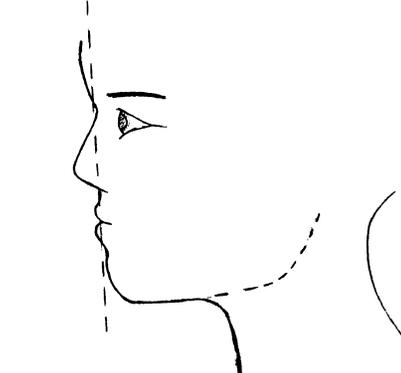
Clase I Clase II Clase III Clase IV



PILARES



Retrognathia test line



- NORMAL.....(1)
- RETROGNATA.....(2)
- MICROGNATA.....(3)
- PROGNATA.....(4)