

Centers Accredited by The American Academy of Sleep Medicine

Nombre _____ Fecha _____

El cuestionario contiene siete preguntas y nos dara una idea si usted tiene problems con su sueño.

Responda cada pregunta marcando un CIRCULO en el numero que mayor represente su sentir.

 Responda las preguntas pensando como a sido la calidad de su sueño en las **ULTIMAS 2 SEMANAS**

PROBLEMA DE SUEÑO	NINGUNO	MINIMO	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO
1. Dificultad para iniciar el sueño	0	1	2	3	4
2. Dificultad para mantenerse dormido	0	1	2	3	4
3. Despertarse demasiado temprano	0	1	2	3	4

 4. Que tan contento o descontento esta usted con su sueño **ACTUALMENTE**?

Muy		Medianamente		Muy
Contento	Contento	Contento	Descontento	Descontento
0	1	2	3	4

5. En que grado su problema de sueño esta interfiriendo en sus relaciones con otras personas?

No hay	Poco	Mediano	Mucho	Serio
Problema	Problema	Problema	Problema	Problema
0	1	2	3	4

6. Que tan preocupado o estresado esta usted con respecto el sueño?

Ninguna	Pequeña	Mediana	Mucha	Muy, muy
Preocupación	Preocupación	Preocupación	Preocupación	Preocupado
0	1	2	3	4

7. En que grado considera usted que sus problemas de sueño afectan su vida diaria

ACTUALMENTE (cansancio, mal humor, interferencia en quehaceres diarios, concentracion mental)?

Ningun	Pequeño	Mediano	Mucho	Muy, muy
Efecto	Efecto	Efecto	Efecto	Efecto
0	1	2	3	4

***El Paso TX - West**

 2311 North Mesa Bldg. E
 El Paso, TX 79902
 Ph 915-533-8499
 Fx 915-544-4929

***El Paso TX - East**

 1440 George Dieter Ste. B
 El Paso, TX 79936
 Ph 915-533-8499
 Fx 915-921-9703

***Las Cruces NM**

 1240 S. Telshor Blvd. Ste. B
 Las Cruces, NM 88011
 Ph 575-522-3885
 Fx 575-522-3895
 Toll Free 877-525-3885

***Deming NM**

 500 E. Walnut St.
 Deming, NM 88030
 Ph 575-522-3885
 Fx 575-522-3895
 Toll Free 877-525-3885