



Child's Name/ Nombre del/la niño(a): _____ **Birth Date/ Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Child's Preferred Name Nombre preferido del/la niño(a): _____

Preferred Pronouns/ Pronombres preferidos: they/them/ elle she/her/ ella he/him/ él other/ otro ____

Name of Person Completing Questionnaire and relationship to child/ Persona que completa el cuestionario y su parentesco con el/la niño(a): _____

What are your major concerns regarding your child's sleep?/ ¿Cuál es su mayor inquietud respecto a los hábitos de sueño de su hijo(a)?

Sleep History/ Antecedentes de los hábitos de sueño

- **Has your child had a sleep study before?/ ¿Se le ha hecho un estudio del sueño a su hijo(a) anteriormente?**
No/No
Yes: if done outside of Lurie, please bring a copy/ Sí: Si se hizo fuera de Lurie, por favor traiga una copia.

- **What time does your child/ Hora en que su hijo(a):**
Go to sleep on school nights/ Se duerme en noches de escuela: _____
Wake up on weekdays/ Se despierta entre semana: _____
Go to sleep on weekends/ Se duerme los fines de semana: _____
Wake up on weekends/ Se despierta los fines de semana: _____

- **Do you believe your child gets enough sleep?/ ¿Cree usted que su hijo(a) duerme lo suficiente?**
 Yes/ Sí No/ No

- **Which of the following apply to your child? Please check all that apply./ ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde mejor a su hijo? (Marque todas las que correspondan).**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difficulty falling asleep/ Dificultad para quedarse dormido o / conciliar el sueño | <input type="checkbox"/> Wakes up from sleep feeling unable to move/ Se despierta sintiendo que no puede moverse |
| <input type="checkbox"/> Waking up frequently overnight/ Se despierta frecuentemente durante la noche | <input type="checkbox"/> Feels weak or can't move body after laughter/ Después de reírse, se siente débil o no puede mover el cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Daytime sleepiness/ Presenta somnolencia durante el día | <input type="checkbox"/> Nightmares/ Tiene pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Naps during the day or dozes off in school/ Toma siestas durante el día o cabecea cuando está en la escuela | <input type="checkbox"/> Night terrors (sitting up/screaming overnight)/ Tiene terrores nocturnos (se sienta/grita durante la noche) |
| <input type="checkbox"/> Hears or sees things that aren't there while falling asleep/ Ve o escucha cosas que no están ahí mientras concilia el sueño | <input type="checkbox"/> Sleep walking/ Camina dormido (sonámbulo) |



Please align patient label to the right

- Wets the bed (>5 y/o)/** *Moja la cama (mayores de 5 años)*
- Bangs head or body rocks before/during sleep/** *Golpea su cabeza o mece su cuerpo antes o durante el sueño*
- Morning dry mouth/** *Tiene la boca seca en la mañana*
- Snoring (>2 days/week)/** *Ronca (más de 2 días por semana)*
- Stops breathing at night/** *Deja de respirar en las noches*
- Snorting or gasping overnight/** *Resopla o se queda sin aliento durante la noche*
- Sweaty while sleeping/** *Suda (transpira) mientras duerme*
- Breathes with mouth open/** *Respira con la boca abierta*
- Grinds teeth/clenches jaw/** *Rechina los dientes/aprieta la mandíbula*
- Moves around a lot while sleeping/** *Se mueve mucho mientras duerme*
- Kicks legs during sleep/** *Patea sus piernas mientras duerme*
- Complains of leg pains/growing pains/** *Se queja de dolor en las piernas/dolores de crecimiento*
- Wakes up feeling like they are not rested/** *Se despierta sintiendo que no ha descansado*

Pediatric Epworth Sleepiness Scale/ *Escala de Somnolencia Pediátrica de Epworth*

How likely is your child to doze off or fall asleep in the following situations, in contrast to feeling just tired? Reflect on the last 2 weeks to 1 month. **0**=would never doze or sleep, **1**=slight chance of dozing or sleeping, **2**=moderate chance of dozing or sleeping, **3**=high chance of dozing or sleeping./ *¿Con qué frecuencia cabecea o se queda dormido su hijo(a) en las siguientes situaciones, en lugar de sólo sentirse cansado(a)? Conteste considerando las últimas 2 semanas a 1 mes. 0= nunca cabecearía o dormiría, 1= poca probabilidad de cabecear o dormirse, 2= probabilidad moderada de cabecear o dormirse, 3= alta probabilidad de cabecear o dormirse.*

- 0 1 2 3 **Sitting and reading/** *Sentado y leyendo*
- 0 1 2 3 **Watching television/** *Mirando televisión*
- 0 1 2 3 **Sitting inactive in a public place (eg, movie theater or classroom)/** *Sentado inactivo en un lugar público (por ejemplo: una sala de cine o salón de clases)*
- 0 1 2 3 **As a passenger in a car for > 1 hour/** *Como pasajero en un auto por más de una hora*
- 0 1 2 3 **Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit/** *Recostado descansando una tarde en la cual las circunstancias lo permiten*
- 0 1 2 3 **Sitting and talking to someone/** *Sentado hablando con alguien*
- 0 1 2 3 **Sitting quietly after lunch/** *Sentado tranquilamente después del almuerzo*
- 0 1 2 3 **Doing homework or taking a test/** *Haciendo tarea o contestando un examen*



Birth and Medical History/ Antecedentes del nacimiento y médicos:

- Please describe any problems with the pregnancy or delivery (prematurity, gestational diabetes, etc.)/
 Describa todo problema que haya tenido con el embarazo o parto (prematuridad, diabetes gestacional,
 etc.): _____
 Birth weight/ Peso al nacer: _____
- Does your child have any medical problems?/ ¿Su hijo(a) tiene alguna afección médica?
 Yes/ Sí No/ No: _____
- Does your child have any behavioral or mental issues?/ ¿Su hijo(a) tiene algún problema de
 comportamiento o de salud mental?
 Yes/ Sí No/ No: _____
- Is your child in special classes or on an IEP or 504 plan at school?/ ¿Su hijo(a) está en un salón especial o
 tiene un plan individualizado de educación (IEP) o un plan 504 en la escuela?
 Yes/ Sí No/ No: _____

Family Information/ Información familiar

- Who lives with the child?/ ¿Quién vive con el/la niño(a)?

Name/ Nombre	Relationship to Child/ Parentesco con el niño	Age/ Edad	Full time or part time?/ ¿Tiempo completo o medio tiempo?	Highest level of education/ Nivel más alto de escolaridad alcanzado	Occupation (if applicable)/ Ocupación (si corresponde)	Does this person use tobacco?/ ¿Esta persona consume tabaco?

- Do any pets live at home?/ ¿Tienen mascotas en casa?
 Yes/ Sí No/ No: _____

Family Medical History/ Historial médico de la familia

- Please list any immediate family members (siblings, parents, grandparents) with a sleep problem/ Anote todo pariente cercano (hermanos, padres, abuelos) que haya tenido o tenga un problema del sueño:

Family Member and Relationship to Child/ Miembro de la familia y parentesco con el niño	Type of Sleep Problem (snoring, sleep apnea, excessive sleepiness, insomnia, restless legs, sleep walking, bedwetting, etc.)/ Tipo de problema del sueño (ronquidos, apnea del sueño, somnolencia excesiva, insomnio, piernas inquietas, sonambulismo, mojar la cama, etc.)

- Please list any immediate family members with medical (seizures, high blood pressure, heart disease, etc) or mental health (depression, anxiety, bipolar, alcoholism/drug abuse, etc.) conditions/ Anote todo pariente cercano que haya tenido o tenga un problema médico (convulsiones, presión sanguínea alta, enfermedad del corazón, etc.) o de salud mental (depresión, ansiedad, bipolaridad, alcoholismo, drogadicción, etc.):



Please align patient label to the right

Family Member and Relationship to Child/ <i>Miembro de la familia y parentesco con el niño</i>		Type of Medical and/or Mental Health Condition/ <i>Tipo de afección médica o de salud mental</i>

- **Please list any childhood illnesses that run in the family and the relationship to the child/ *Anote toda enfermedad infantil hereditaria en la familia y su parentesco con el niño:***
