



HCHS/SOL Sleep Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:							
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: SLS
VERSION: A 12/05/07

Contact
Occasion

----------------------	----------------------

SEQ #

----------------------	----------------------

Acrostic:

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

		/			/				
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

----------------------	----------------------	----------------------

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Las siguientes dos preguntas se refiere a la hora que va a la cama para dormir y la hora que sale de la cama al despertarse (no incluye las siestas).

1. ¿A qué hora se va a dormir generalmente?

a. Durante los días de semana

		:		
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

__ __
am/pm

b. Durante los fines de semana

		:		
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

__ __
am/pm

2. ¿A qué hora se despierta generalmente?

a. Durante los días de semana

		:		
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

__ __
am/pm

b. Durante los fines de semana

		:		
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

__ __
am/pm

3. Durante una semana normal, ¿cuántas veces toma usted una siesta de 5 minutos o más?

- | | | |
|---------------|---|----------------------|
| Ninguna | 0 | <input type="text"/> |
| 1 o 2 veces | 1 | <input type="text"/> |
| 3 o 4 veces | 2 | <input type="text"/> |
| 5 veces o más | 3 | <input type="text"/> |

ID NUMBER:								FORM CODE: SLS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

Las siguientes preguntas tratan de sus hábitos de dormir. Por favor, escoja una respuesta para cada pregunta. Escoja la respuesta que mejor describe con qué frecuencia se ha encontrado en cada situación durante las últimas 4 semanas.

	No, no en las últimas 4 semanas	Sí, menos de una vez por semana	Sí, 1o 2 veces por semana	Si, 3 o 4 veces por semana	Si, 5 o más veces por semana
4. ¿Tuvo problemas para quedarse dormido(a)?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. ¿Se despertó varias veces durante la noche?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. ¿Se despertó más temprano de lo que había planeado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. ¿Tuvo problemas para quedarse dormido(a) nuevamente después de que se despertó más temprano de lo acostumbrado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. ¿Toma pastillas para ayudarse a dormir?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. ¿Tuvo problemas para dormir que lo(a) hacían sentirse irritable?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. ¿Se sintió con mucho sueño durante el día?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. En general, ¿cómo ha dormido durante las noches normales en las últimas 4 semanas?					
Muy profundo o muy descansado(a)	0 ☐				
Profundo o descansado(a)	1 ☐				
Más o menos bien	2 ☐				
Intranquilo(a)	3 ☐				
Muy intranquilo(a)	4 ☐				

ID NUMBER:								FORM CODE: SLS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

12. ¿Qué probabilidad hay de que usted se adormezca o se quede dormido(a) (no sólo “sentirse cansado(a)”) en cada una de las siguientes situaciones? Si usted nunca se encuentra en tal situación o se encuentra en esa situación rara vez, por favor, dénos la respuesta que a su parecer, se parece mejor a lo que sucedería.

	Ninguna probabilidad 1 ☐	Poca probabilidad 2 ☐	Probabilidad moderada 3 ☐	Mucha probabilidad 4 ☐
a. Sentado(a) y leyendo	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. Viendo televisión	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. Sentado(a) y estando inactivo(a) en un lugar público (tal como en un teatro o en una reunión)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. Ir como pasajero(a) en un automóvil durante una hora sin tomar un descanso	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
e. Recostarse a descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
f. Sentado(a) y hablando con alguien	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
g. Sentado(a) tranquilamente después de almorzar, sin haber tomado alcohol	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
h. En un automóvil, cuando se detiene por unos pocos minutos en el tráfico	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
i. En la mesa a la hora de cenar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
j. Mientras maneja	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

13. ¿Con qué frecuencia ronca actualmente? (*Mark only one*)

Nunca	1 ☐
Rara vez (1a 2 noches por semana)	2 ☐
Algunas veces (3 a 5 noches por semana)	3 ☐
Siempre o casi siempre (6 a 7 noches por semana)	4 ☐
No sabe	9 ☐

14. ¿Con qué frecuencia tiene usted momentos cuando deja de respirar mientras duerme?

Nunca	1 ☐
Rara vez (1 a 2 noches por semana)	2 ☐
Algunas veces (3 a 5 noches por semana)	3 ☐
Siempre o casi siempre (6 a 7 noches por semana)	4 ☐
No sabe	9 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: SLS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

15. ¿Alguna vez ha sentido el deseo de mover sus piernas debido a la incomodidad o por sensaciones desagradables en sus piernas?

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

16. ¿Siente alguna vez la necesidad de moverse para aliviar la incomodidad, como por ejemplo caminar, o de aliviar la incomodidad frotando sus piernas?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐

17. ¿Son estos síntomas peores cuando está descansando, pero con algún alivio temporal al realizar alguna actividad?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐

18. ¿Son estos síntomas peores en el transcurso del día o durante la noche?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

No sabe 9 ☐