

Evaluación del alta del trastorno del sueño PROMIS – Cuidador

PROMIS Sleep Disturbance Discharge Assessment – Caregiver

(Please note all PROMIS assessments completed on paper must be entered online.)

Nombre: _____ Fecha: _____

Las siguientes preguntas se refieren a la calidad del sueño de su hijo/a en la última semana.

En los últimos SIETE (7) días...						Clinician Use	
	No, en absoluto	Un poco	Algo	Bastante	Mucho	Item answered? (Put a 1 if item was answered)	Item Score
El sueño de su hijo fue inquieto.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		
Él/ella estuvo satisfecho con su sueño.	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1		
El sueño de él/ella fue refrescante.	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1		
Tuvo dificultad para conciliar el sueño.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		

En los últimos SIETE (7) días...						Clinician Use	
	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre	Item answered? (Put a 1 if item was answered)	Item Score
Él/ella tuvo problemas para permanecer dormido.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		
Él/ella tuvo problemas para dormir.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		
Él/ella durmió lo suficiente.	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1		

Evaluación del alta del trastorno del sueño PROMIS – Cuidador

PROMIS Sleep Disturbance Discharge Assessment – Caregiver

(Please note all PROMIS assessments completed on paper must be entered online.)

En los últimos SIETE (7) días...						Clinician Use	
	Muy malo	Malo	Justo	Bueno	Muy bueno	Item answered? (Put a 1 if item was answered)	Item Score
La calidad del sueño de él/ella fue...	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1		

En los últimos siete días, ¿ha tomado su hijo/a algún medicamento que haya afectado su sueño?

- Sí
- No

↳ Si respondió "Sí" a la pregunta anterior:

¿El medicamento fue recetado por un médico?

- Sí
- No

¿Su hijo/a tiene alguna condición de salud física que esté afectando actualmente a su sueño?

- Sí
- No

Evaluación del alta del trastorno del sueño PROMIS – Cuidador

PROMIS Sleep Disturbance Discharge Assessment – Caregiver

(Please note all PROMIS assessments completed on paper must be entered online.)

¿Completó la lista de verificación de higiene del sueño en nombre de su hijo/a?

- Sí
- No

↳ Si respondió "Sí" a la pregunta anterior:

¿Qué nuevas acciones intentó su hijo/a?

<input type="checkbox"/> Hacer ejercicio al menos 20-30 minutos cada día
<input type="checkbox"/> Evitar hacer ejercicio tres horas antes de acostarme
<input type="checkbox"/> Evitar las siestas (para niños mayores)
<input type="checkbox"/> Acostarme y despertarme a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana
<input type="checkbox"/> Mantener su habitación oscura
<input type="checkbox"/> Mantener su habitación fresca
<input type="checkbox"/> Mantener su habitación silenciosa
<input type="checkbox"/> Tomar el sol por la mañana
<input type="checkbox"/> Cargar sus dispositivos fuera de su habitación
<input type="checkbox"/> Usar sus dispositivos fuera de su habitación
<input type="checkbox"/> Usar su cama solo para dormir
<input type="checkbox"/> Dejar de usar dispositivos y de ver la televisión al menos una hora antes de acostarse
<input type="checkbox"/> Evitar la cafeína por la tarde y por la noche
<input type="checkbox"/> Realizar actividades relajantes, sin pantallas, antes de acostarme, como leer, tomar una ducha o un baño, escuchar o tocar música
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____

¿Cómo te fue?

Evaluación del alta del trastorno del sueño PROMIS – Cuidador

PROMIS Sleep Disturbance Discharge Assessment – Caregiver

(Please note all PROMIS assessments completed on paper must be entered online.)

Clinician Use	
Items Answered Total: _____ (Add up the number of items answered)	Item Score Total: _____ (Add up the score for each item)
Final Score: (Item Score Total: _____ x 8) / (Item Answered Total: _____) =	

Scoring Example: If 7 of 8 items were answered and the sum of those 7 responses was 30, the final score would be $30 \times 8/7=34$, after rounding.