

Evaluación del alta del trastorno del sueño PROMIS – Joven

PROMIS Sleep Disturbance Discharge Assessment – Youth

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

Nombre: _____ Fecha: _____

Las siguientes preguntas se refieren a la calidad de tu sueño 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
Mi sueño fue inquieto.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		
Estuve satisfecho/a con mi sueño.	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1		
Mi sueño fue refrescante.	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1		
Tuve 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
Tuve problemas para permanecer dormido/a.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		
Tuve problemas para dormir.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		
Dormí 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 – Joven

PROMIS Sleep Disturbance Discharge Assessment – Youth

(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 de mi sueño 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, ¿has tomado algún medicamento que haya afectado tu sueño?

- Sí
- No

↳ Si respondió "Sí" a la pregunta anterior:

¿El medicamento fue recetado por un médico?

- Sí
- No

¿Tienes alguna condición de salud física que esté afectando tu sueño?

- Sí
- No

Evaluación del alta del trastorno del sueño PROMIS – Joven

PROMIS Sleep Disturbance Discharge Assessment – Youth

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

¿Ha completado la lista de verificación de higiene del sueño?

- Sí
- No

↳ Si respondió "Sí" a la pregunta anterior:

¿Qué nuevas acciones probaste?

<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
<input type="checkbox"/> Acostarme y despertarme a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana
<input type="checkbox"/> Mantener mi habitación oscura
<input type="checkbox"/> Mantener mi habitación fresca
<input type="checkbox"/> Mantener mi habitación silenciosa
<input type="checkbox"/> Tomar el sol por la mañana
<input type="checkbox"/> Cargar mis dispositivos fuera de mi habitación
<input type="checkbox"/> Usar mis dispositivos fuera de mi habitación
<input type="checkbox"/> Usar mi cama solo para dormir
<input type="checkbox"/> Dejar de usar dispositivos y no ver televisión al menos una hora antes de acostarme
<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 – Joven

PROMIS Sleep Disturbance Discharge Assessment – Youth

(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.