

Evaluación inicial de trastornos del sueño PROMIS – Joven

PROMIS Sleep Disturbance Initial 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 inicial de trastornos del sueño PROMIS – Joven

PROMIS Sleep Disturbance Initial 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

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.