

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 06 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-XXXX). Do not return the completed form to this address.



HCHS/SOL Sleep Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: SLS
VERSION: A 07/19/07

Contact Occasion SEQ #

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Mark a check in the appropriate box for the response. Unless instructed, mark ONLY one response.

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, días de trabajo o de escuela : am/pm
- b. Durante los fines de semana o los días NO laborables : am/pm

2. ¿A qué hora se despierta generalmente?

- a. Durante los días de semana, días de trabajo o de escuela : am/pm
- b. Durante los fines de semana o los días NO laborables : am/pm

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

- Ninguna 0
- 1 o más veces 1

A continuación quisiéramos saber cómo los problemas que ha tenido para dormir le han afectado su vida diaria. Por favor, escoja una respuesta para cada pregunta. Escoja la respuesta que mejor describa la frecuencia de lo que le ha sucedido durante las últimas 4 semanas.

| | No, no en las últimas 4 semanas | Sí, menos de una vez por semana | Sí. 1 ó 2 veces por semana | Si, 3 ó 4 veces por semana | Si, 5 ó más veces por semana |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 4. ¿Tuvo problemas para quedarse dormido(a)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se despertó varias veces durante la noche? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se despertó más temprano de lo que había planeado? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tuvo problemas para quedarse dormido(a) nuevamente después que se despertó más temprano de lo acostumbrado? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Toma pastillas para ayudarse a dormir? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tuvo problemas para dormir que lo(a) hacían sentirse irritable | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Se sintió con mucho sueño durante el día? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 11. En general, ¿cómo ha dormido durante las últimas 4 semanas? | | | | | |
| | Muy profundo o muy descansado | 0 | <input type="checkbox"/> | | |
| | Profundo o descansado | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| | Calidad de término medio | 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| | Agitado | 3 | <input type="checkbox"/> | | |
| | Muy agitado | 4 | <input type="checkbox"/> | | |

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. *(Marque un casillero por cada situación)*

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

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

- 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 8

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 8

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**

Yes 1

No sabe 2 → **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

Yes 1

No sabe 2

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

No 0

Yes 1

No sabe 2

18. ¿Son estos síntomas peores en la tarde o durante la noche?

No 0

Yes 1

No sabe 2