

# Sueño Pediátrico Herramienta de Evaluación del Medio Ambiente

## (P-SEA)

Para niños de 1 a 5 años



El sueño de su hijo es muy afectado por su ambiente de sueño. Rellenar este cuestionario puede ayudar a su proveedor de atención primaria a identificar cosas en su hogar que puedan estar afectando el sueño de su hijo. También puede ayudarlo a aprender acerca de los problemas comunes del entorno del sueño. Sobre la base de sus respuestas, se le darán recomendaciones sobre los cambios que desee realizar en el hogar para mejorar el ambiente de sueño de su hijo. Piense en las últimas 4 semanas al responder estas preguntas. Si una semana fue inusual por cualquier razón, como su hijo tenía un resfriado, o el televisor estaba roto, pensar en un mes más típico al responder.

**Niños Edad:** \_\_\_\_\_ (años) \_\_\_\_\_ (meses)

**Sexo:** Masculino o Femenino (circule uno)

¿Cuál es la hora de acostarse de su hijo **los días laborables**? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora despierta su hijo / a **los días laborables**? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la hora de dormir de su hijo **los fines de semana**? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora se despierta su hijo **los fines de semana**? \_\_\_\_\_

	SI	NO	NO SE
1. ¿Tiene alguna preocupación acerca de dónde su hijo duerme más a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿En el último mes su hijo ha dormido en una habitación compartida con usted, hermanos, otros miembros de la familia o mascotas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿En el último mes su hijo compartió una cama con usted, hermanos, otros miembros de la familia o mascotas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En el último mes, ¿su hijo se mudó durante la noche de un lugar para dormir a otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En el último mes, ¿ha dormido su hijo en algún otro lugar que no sea en su casa, incluyendo siestas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo usa regularmente un televisor, una computadora, una tableta u otro dispositivo electrónico 2 horas antes de acostarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es donde su hijo duerme lo más a menudo brillantemente iluminado por algo más que la luz del sol? (LED o bombillas de bajo consumo energético, luces de calle, reloj o luz nocturna?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Crees que el lugar donde su hijo duerme suele ser demasiado ruidoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es donde su hijo duerme lo más a menudo posible: húmedo, húmedo, tiene moho o agua estancada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Calienta su hogar con una chimenea, un pellet o una estufa de leña?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Crees que el lugar donde tu hijo duerme suele ser demasiado caluroso o demasiado frío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>