

## Formulario de Insomnio

Esta encuesta es una herramienta para facilitar el diagnóstico del insomnio.  
Por favor responda todas las preguntas.

1.- ¿Hace cuanto tiempo tiene dificultades para dormir?

1 semana

1 mes

6 meses

1 año

Desde siempre

2.- Con qué frecuencia

Todos los días

3-4 veces por semana

Algunas veces por mes

3.- ¿Le cuesta conciliar o iniciar el sueño? SI NO

4.- ¿Nota exceso de pensamientos en la noche que pudieran interferir? SI NO

5.- ¿Sufre interrupciones del sueño durante la noche? SI NO

6.- ¿Cuántas veces ocurren interrupciones?

7.- ¿Logra retomar el sueño con facilidad? SI NO

8.- ¿Cuántas horas duerme en total? En promedio

9.- ¿Asocia el insomnio con algo? Por favor describa

10.- ¿Ha tomado medicamentos para dormir? ¿Cuáles?

11.- Se ha notado tenso/a o ansioso/a? SI NO

12.- ¿Se ha notado con poco ánimo o depresivo/a? SI NO

13.- ¿Bebe alcohol? Todos los días A veces Casi nunca

14.- Marque si tiene alguno de los siguientes síntomas:

Temblores o tiritones

Calor o sudoración

Taquicardias o pulso acelerado.

15.- Por favor anote su nombre y fecha

