

FORMULARIO PACIENTE



Doctor: _____

Nombre del Niño: _____ Edad: _____ Fecha _____

Llenado por: _____ Relación con el paciente: _____

Cuestionario para niños con Alteraciones Respiratorias durante el Sueño

Earl O. Bergersen, DDS, MSD

La columna inicial debe ser completada en la 1era cita, y la columna de seguimiento debe ser completada a los 3 meses de tratamiento.

Por favor identificar los siguientes síntomas en el niño, expuestos en la escala indicando su severidad

0 – No Presenta 1 – 2 Leve 3 -Moderado 4 - 5 Severo

Su hijo :

INICIO	SEGUIMIENTO	INICIO	SEGUIMIENTO
1. _____	_____ Ronca?	15. _____	_____ Habla mientras duerme
2. _____	_____ Ronca Irregularmente (1 noche/semana)	16. _____	_____ Bajo desempeño en la escuela
3. _____	_____ Ronca con mucha frecuencia (2-4 noches/semana)	17. _____	_____ Se duerme mientras ve televisión
4. _____	_____ Ronca habitualmente (5-7 noches/semana)	18. _____	_____ Se levanta en las noches
5. _____	_____ Respiración trabajosa, difícil, ruidosa en la noche	19. _____	_____ Déficit de atención
6. _____	_____ Tiene ronquidos interrumpidos donde la respiración se detiene por 4 o más segundos	20. _____	_____ Sueño intranquilo
7. _____	_____ Inactividad respiratoria de más de 2 veces en 1 hora	21. _____	_____ Rechina los dientes
8. _____	_____ Hiperactividad	22. _____	_____ Frecuentes infecciones de garganta
9. _____	_____ Respiración bucal durante el día	23. _____	_____ Se duerme y/o es irritable durante el día
10. _____	_____ Respiración bucal mientras duerme	24. _____	_____ Tiene problemas para escuchar y constantemente interrumpe
11. _____	_____ Dolores de cabeza frecuentes en la mañana	25. _____	_____ Agita las manos o no se sienta tranquilo
12. _____	_____ Síntomas alérgicos	26. _____	_____ Ha mojado la cama
13. _____	_____ Sudoración excesiva mientras duerme	27. _____	_____ Coloración azulada en la noche o durante el día
14. _____	_____ Eczema	28. _____	_____ Problemas de lenguaje *

*Si la respuesta es sí, proveer al padre del cuestionario de lenguaje

La principal razón por la que vino al Dr. fue por problemas del sueño o dentales: _____

Cuestionario de lenguaje completarlo solamente si la pregunta # 28 fue marcada fue arriba

Por favor marque todo lo que aplique en su hijo:

Su hijo:

1. Es difícil entender el lenguaje de su hijo
2. Es difícil entenderlo mientras habla en el teléfono
3. Lenguaje Nasal
4. Su lenguaje suena anormal
5. Otros tienen dificultad en entender su lenguaje
6. Se frustra cuando las personas no entienden su lenguaje
7. A veces omite consonantes
8. Usa T, N, En vez de sonidos con P, F, V, S, Z
9. Ronquera
10. Balbuceo
11. Alguna terapia de lenguaje? _____
Por cuanto tiempo? _____