



**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 azulado 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? \_\_\_\_\_