

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 1<sup>era</sup> 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 se Presenta    1 – 2 Leve    3 Moderado    4 – 5 Severo

Su hijo:

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

Basado en Sahin et al, 2009; and Urschitz et al, 2004; AM Thoracic Soc Stand, 1996; Attanasio et al, 2010

## Cuestionario de Lenguaje

Completarlo solamente si la pregunta #27 fue marcada fue arriba

Por favor marque todo lo que aplique a su hijo:

	INICIO	SEGUIMIENTO		INICIO	SEGUIMIENTO
28.	_____	_____ Es difícil entender el lenguaje de su hijo?	33.	_____	_____ Se frustra cuando las personas no entienden su lenguaje
29.	_____	_____ Es difícil entenderlo mientras habla en el teléfono?	34.	_____	_____ A veces omite consonantes
30.	_____	_____ Lenguaje nasal?	35.	_____	_____ Usa T,N en vez de sonidos con P,F,V,S,Z
31.	_____	_____ Su lenguaje suena anormal?	36.	_____	_____ Ronquera
32.	_____	_____ Otros tienen dificultad en entender su lenguaje?	37.	_____	_____ Balbuceo
			38.	_____	_____ Alguna terapia de lenguaje? Por cuanto tiempo? _____