

CUESTIONARIO DEL SUEÑO Y RESPIRACIÓN PARAR NIÑOS Y ADULTOS

Patient Name: _____
Last First Middle

DOB: ____/____/____

Por favor indique si el paciente ha experimentado o está experimentando actualmente alguno de los síntomas que se mencionan a continuación. Use la escala para indicar la frecuencia.

0 - No ocurre 1- Esporádicamente 2- De 2 a 4 veces por semana 3- De 5 a 7 veces por semana

- Roncar
- Ronquidos interrumpidos donde para de respirar
- Respiración laboriosa, difícil o ruidosa por la noche
- Falta de aire mientras duerme
- Respira por la boca mientras duerme
- Respira por la boca durante el día
- Sueño inquieto
- Rechina los dientes cuando duerme
- Habla cuando está dormido
- Sueño excesivo al dormir
- Se despierta por la noche
- Se despierta para ir al baño (____ veces)
- Moja la cama (actualmente)
- Historia de mojar la cama
- Se siente cansado, con sueño e irritable durante el día
- Dolores de Cabeza
- Infecciones de la garganta frecuentes
- Respira por la boca mientras duerme
- Alergias Estacionales
- Infecciones de Oído o historia de infecciones del oído
- Corto lapso de atención

- Problemas para concentrarse
- Dificultad para escuchar / A menudo interrumpe
- Hiperactividad
- ADD/ADHD
- Problemas sensoriales
- Dificultades con matemáticas en la escuela
- Dificultad para leer en la escuela
- Rechazo a ciertas comidas o ciertos tipos de alimentos
- Problemas del Habla (Marque todo lo que aplique)
 - ¿Es difícil entender cuando habla?
 - ¿Es difícil entenderle por el teléfono?
 - ¿Habla nasal?
 - ¿Otros tienen dificultad para entenderlo?
 - ¿Se frustra cuando otros no le pueden entender?
 - ¿El sonido del habla suena diferente?
 - ¿Algunas veces omite consonantes?
 - ¿Usa los sonidos M,N,NG en vez de P,V,S,Z?
 - ¿Líquidos o sólidos pasan a la nariz cuando come o toma?

Signature: _____ Date: _____

If other than the patient, indicate relationship: parent or legal guardian _____