



Pediatric Dental Care of RI

Formulario de evaluación del sueño

Nombre del paciente: _____ Fecha _____

Complete la parte superior de este formulario y responda las subpreguntas que puedan aplicarse:

1. ¿Notas que tu hijo todavía parece estar letárgico o "somnoliento" cuando se despierta por la mañana? **Si/No.** En caso afirmativo, ¿su hijo se queda dormido con frecuencia durante el día? **Si/ No**
2. ¿Ronca su hijo? **Si/No/ desconocido** En caso afirmativo, ¿se detienen repentinamente a veces? **Si/No**
3. ¿Le han diagnosticado problemas de conducta a su hijo? (ex. ADHD, OCD, SPD, ODD)? **Si/No**
 - a. En caso afirmativo, escriba el diagnóstico _____
4. ¿Sospecha que su hijo tiene un trastorno del comportamiento? **Si/No.**
 - a. ¿Qué comportamiento te preocupa? _____
5. ¿Su niño moja la cama? **Si/No/Infantil.** En caso afirmativo, ¿cuál es la frecuencia? **Raramente / Semanal / Diario**
6. ¿Notas a tu hijo "jadeando" o "chillando" durante el sueño? **Si/No/Desconocido**
7. ¿Tiene su hijo pesadillas / terrores nocturnos? **Si/No/Desconocido**
8. ¿Notas que tu hijo suda mientras duerme? **Si/No.** En caso afirmativo, es: **Leve / Moderado / Severo**
9. ¿Su hijo respira principalmente por la boca? **Si / No / Desconocido**
10. ¿Notas a tu hijo durmiendo en posiciones anormales? **Si/No/Desconocido**

Entiendo que la información que he proporcionado es correcta, que yo sepa, que se mantendrá en estricta confidencialidad. Autorizo al personal dental a compartir cualquier información relevante proporcionada anteriormente al proveedor de atención primaria de mi hijo. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario.

Firma del padre / tutor legal: _____ Fecha: _____

For Clinical Use Only: (Solo para uso clínico.)

Professional observations of OCS and OSA screening:
(Check ALL that apply)

Attrition (Mild/Moderate/Severe)	Hyperactivity/Irritability/Unable to sit still for Tx.
Vaulted Palate (Mild/Moderate/Severe)	Retrognathic (recessed) Chin
BMI (WNL/not WNL)	Small/Triangular Chin
Class 2 Occlusion	Mouth Breathing
Enlarged Tonsils	Eczema/Asthma/Breathing issues
Allergy Shiners present	

Signature of Dentist/RDH _____