

Cuestionario de Lengua Cinchada para Niños/Adolescentes

Fecha: _____

Favor de indicar con un círculo: **NINO** **ADOLESCENTE**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Forma llenado por: _____ Relación al Paciente: _____

Nome del Pediatra: _____ Numero del Pediatra: _____

Preocupación principal: _____

Ha tenido cirugía/tratamiento anteriormente para la lengua cinchada? **NO** **SI** _____ (fecha)

SU NINO/ADOLESCENTE ha tenido algunas de estos síntomas? Indica y explica si sea necesario.

Hablar

- _____ Frustración con comunicarse
- _____ Difícil entenderlo cuando habla
- _____ Dificultades hacer sonidos específicos (Cuales?) _____
- _____ Demora de hablar (Cuando?) _____
- _____ Tartamudeo
- _____ Ahogarse cuando come
- _____ Murmurar o hablar suavemente
- _____ Hablar en forma de "bebe"

Alimentarse

- _____ Frustración con comer
- _____ Dificultad con la transición a alimentos solidos
- _____ Comer despacio
- _____ Ahorrar comida en las mejillas como una ardilla
- _____ Caprichoso con texturas (Cuales?) _____
- _____ Escupir la comida
- _____ Prefiere comida en pure

Problemas de Dormir

- _____ Despertarse fácil o frecuentemente
- _____ Mojar la cama
- _____ Despertarse con cansancio, no sentir Refresco
- _____ Duerme con boca abierta
- _____ Roncar cuando está dormido (Frecuencia:) _____
- _____ Falta de aire o para de respirar cuando está dormido
- _____ Apretarse los dientes cuando está dormido

Otras Problemas

- _____ Dolor o tensión en el cuello o hombros
- _____ Dolor de TMJ, clic, o sonido de estallido
- _____ Dolor de cabeza, migraña
- _____ Fuerte reflejo de ahogarse
- _____ Respirar con boca abierta durante el día
- _____ Anjinas y/o adenoides quitados Anteriormente
- _____ Tubos de oido
- _____ Reflujo (con o sin medicamentos)

Su **NINO** o **ADOLESCENTE** participa ahora en terapia de hablar? **NO** **SI**

Si si, por cuanto tiempo? _____

Indica con un círculo: **Terapista Privada** o **Terapista en la Escuela**

Nombre del Terapista: _____ Numero de Teléfono: _____

