

Cuestionario Médico Anual para Trastornos del Sueño

En **ProHEALTH Dental**, nos preocupamos por su salud general y bienestar. Está ampliamente documentado que ciertos problemas de salud bucal están relacionados con muchas enfermedades crónicas y pueden afectar la forma en que come, duerme y vive. Por favor, complete este cuestionario para que podamos ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud.

Nombre _____
 Estatura _____ Peso _____ Edad _____ Masculino / Femenino Fecha _____

| | | | | |
|---|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| ¿Le han diagnosticado Apnea del Sueño anteriormente y ha recibido tratamiento? | <input type="checkbox"/> | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO |
| Si respondió " SÍ " a la pregunta anterior, por favor DETÉNGASE y entregue el cuestionario a un miembro del personal. | | | | |

RESPUESTAS DEL PACIENTE

Por favor circule **SI** o **NO** según corresponda

| | | |
|--|----|----|
| ¿ RONCA fuerte (más fuerte que al hablar o lo suficientemente fuerte como para ser escuchado a través de una puerta cerrada)? | Sí | NO |
| ¿Se siente a menudo CANSADO , fatigado o somnoliento durante el día? | Sí | NO |
| ¿Alguien ha OBSERVADO que deja de respirar mientras duerme? | Sí | NO |
| ¿Tiene usted o está recibiendo tratamiento para la PRESIÓN ARTERIAL alta? | Sí | NO |
| TOTAL: | | |

| | | |
|---|----|----|
| ¿SU IMC (índice de masa corporal) es mayor a 35? Consulte la tabla de IMC. | Sí | NO |
| ¿ Es usted mayor de 50 años? | Sí | NO |
| ¿La circunferencia del CUELLO es mayor a 16 pulgadas (40 cm)? | Sí | NO |
| GÉNERO: ¿MASCULINO? | Sí | NO |
| TOTAL: | | |

High risk of OSA: Yes 5 – 8 Intermediate risk of OSA: Yes 3 – 4 Low risk of OSA: Yes 0 – 2

For internal use only: Discussed with patient: YES NO Hygienist name _____ Date: _____

Circle the code below based on findings and record in Dentrix at the time of visit:

E0008: Sleep questionnaire form administered HYG initials _____

E0000: Positive sleep questionnaire form (if two or more answers are YES) HYG initials _____

E0006: Refer for sleep consultation/ home test/physician HYG initials _____

Patient is in active treatment: YES NO Patient is interested in consultation: YES NO

If two or more "YES" answers, schedule complimentary sleep consultation at ProHEALTH Dental.

This form must be scanned into patient's Document center.