



FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DE UN ADULTO

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda y envíe el formulario por correo a la dirección que aparece en la parte de arriba de esta página. Si hay algunas preguntas que no puede responder, déjelas en blanco. Sus respuestas nos ayudarán a darle la mejor y más eficiente evaluación o tratamiento.

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Relación con el cliente: _____

Información general

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Sexo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de contacto preferido: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Está afiliado a Salus University? Sí, N.º de ID _____ No

Ocupación: _____ Empleador: _____

Remitido por: _____

Estado civil: _____ Nombre del cónyuge: _____

¿Quién vive en la casa? _____

¿Usa un dispositivo de apoyo para la movilidad (por ejemplo, silla de ruedas, bastón, un escúter eléctrico?)

___ Sí: ¿Qué dispositivos de apoyo usa _____?

___ No

Origen étnico*: Hispano o latino No hispano o latino Otro/se negó a especificar

Raza* _____

0 = No lo reportó/se negó a especificar 1= Indio americano/nativo de Alaska
2 =Negro/afroamericano 3 = Asiático/isleño del Pacífico 4 = Blanco/caucásico

* Esta información se pide únicamente con el fin de describir la diversidad de casos. Su respuesta no afectará para que se considere su solicitud.

Seguro médico: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Número de póliza: _____

Historial de educación

Nivel más alto de educación alcanzado _____ Idioma principal _____

Otros idiomas que habla _____ Idioma que se habla en la casa _____

¿Tiene alguna dificultad de lectura o de aprendizaje? Sí No

Si respondió 'Sí', describa _____

Historia del habla y del lenguaje

Marque cualquiera de las siguientes características que sean ciertas para usted ahora:

Idioma:

___ dificultad para pensar en las palabras (nombres de personas, objetos, etc.)

___ dificultad para hablar en oraciones completas

___ dificultad para entender instrucciones o preguntas

___ dificultad para seguir la conversación

___ dificultad para leer o escribir (describa brevemente en el espacio de abajo)

Tragar:

___ dificultad para tragar comida o líquidos

___ tos/asfixia durante las comidas

___ babeo

___ dolor al tragar

Habla:

___ dificultad para coordinar la voz, la lengua, los labios para producir el habla

___ pronunciar mal las palabras (omitir un sonido o sustituir sonidos al hablar)

___ acento extranjero o regional pronunciado que interfiere en la comunicación

___ tartamudea o balbucea al hablar

___ se siente demasiado tenso mientras habla

___ repite sonidos, palabras, partes de palabras o frases al hablar

___ dificultad, o necesidad de hacer una pausa, antes de decir ciertas palabras o sonidos

Voz:

- ___ pérdida de aliento al hablar
- ___ voz ronca o áspera al hablar
- ___ dolor en la garganta al hablar
- ___ la voz suena como si estuviera saliendo por la nariz (nasal)
- ___ la voz suena como si tuviera un resfriado
- ___ los oyentes se quejan de que siempre hablo demasiado bajo o demasiado alto
- ___ la voz tiene un tono anormalmente bajo o alto
- ___ la voz es peor en ciertos momentos del día o durante ciertas estaciones

Competencias de pensamiento:

- ___ dificultad para recordar eventos o citas
- ___ dificultad para resolver problemas diarios
- ___ dificultad para organizar eventos complejos (por ejemplo, planificación de viajes, cenas de vacaciones, etc.)
- ___ dificultad para prestar atención durante un período prolongado o cuando hay distracciones presentes
- ___ otro (describa)

¿Cómo le afecta este problema? _____

¿En la familia? _____

¿Socialmente? _____

¿Profesionalmente? _____

Indique los nombres de otras clínicas o agencias en las que lo hayan atendido para una evaluación o tratamiento del problema de comunicación.

Nombre	Lugar	Fechas
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		

Historia médica

Marque cualesquiera condiciones médicas:

___ **Alergias (estacionales)**

___ **Caídas frecuentes/problemas de equilibrio**

___ **Amputaciones**

___ **Audición:**

___ Implante coclear

___ Infecciones de oído

___ Audífonos
(izquierdo/derecho)

___ Amplificación auditiva (otros)

___ Enfermedad de Meniere

___ Exposición al ruido

___ Zumbidos

___ **Trastorno por déficit de atención (ADD)**

___ **Trastorno por déficit de atención/
hiperactividad (ADHD)**

___ **Enfermedad neuromuscular**

___ Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)

___ Epilepsia

___ Esclerosis múltiple (MS)

___ Distrofia muscular (MD)

___ Enfermedad de Parkinson (PD)

___ Otra: _____

___ **Autismo**

___ **Cáncer:** tipo _____

___ **Trastorno de integración sensorial**

___ **Parálisis cerebral**

___ **Trastorno cerebral:**

___ Enfermedad de Alzheimer

___ Demencia

___ Encefalitis/meningitis

___ Trastorno convulsivo/convulsiones

___ Otro: _____

___ **Psicológico**

___ Ansiedad

___ Depresión

___ Otro: _____

___ **Respiratorio (pulmones)**

___ Asma

___ EPOC

___ COVID/efectos duraderos de COVID

___ Enfermedades pulmonares

___ Neumonía (fecha) _____

___ Otro: _____

___ **Cardíaco (corazón):**

___ Fibrilación/arritmias auriculares

___ Enfermedades cardíacas congénitas

___ Enfermedades del corazón

___ Ataque al corazón (fecha) _____

___ Presión alta

___ Otro: _____

___ **Anomalías físicas**

___ **Lesiones graves** _____

___ **Coma**

___ **Cirugía:** _____

___ **Accidente cerebrovascular (CVA)/derrame cerebral**

___ **Síndrome (otro):**

___ **Dental:**

___ Aparato ortopédico

___ Dentaduras postizas (superior/inferior)

___ Paladar hendido

___ Otro: _____

___ **Diabetes**

___ **Problemas digestivos**

___ **Dislexia**

___ **Lesión cerebral traumática (TBI)**

___ Accidente de auto

___ Conmoción cerebral (fecha)

___ Síndrome posterior a la conmoción cerebral

___ Otra: _____

___ **Patologías de las cuerdas vocales (voz)**

___ Intubación: tiempo de duración:

___ Ronquera

___ Laringectomía

___ Pólipos/nódulos

___ Válvula de habla

___ **Otra:**

Si estuvo hospitalizado, escriba el lugar y las fechas de hospitalización.

Hospital, lugar, fecha de ingreso-alta

Enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente (nombre/dosis/horario)

¿Tiene alergias o restricciones dietéticas? _____

Escriba cualquier información más que pudiera ser útil para nuestra evaluación o planificación del tratamiento. _____

Nombre del médico de atención primaria _____

Lugar _____

Teléfono _____

Especialista _____

Lugar _____

Teléfono _____

Especialista _____

Lugar _____

Teléfono _____

Especialista _____

Lugar _____

Teléfono _____

Especialista _____

Lugar _____

Teléfono _____