



FORMULARIO DE LA HISTORIA DE CASOS DE ADULTOS

Responde las siguientes preguntas lo mejor que puedes y envía el formulario a la dirección en la parte superior de esta página. Si hay algunas preguntas que no puedes responder, déjelas en blanco. Sus repuestas nos ayudaran para proporcionar una evaluación y/o tratamiento más eficiente.

Información General

Nombre y Apellido _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Género o Sexo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____ ¿Podemos contactarte en el trabajo? Sí No

¿Estas afiliado con la Universidad de Salus? Sí ID # _____ No

Ocupación: _____ Empleador: _____

Nombre y apellido de la persona que está escribiendo información: _____

Relación: _____

Referido por: _____

Estado Civil: _____ Nombre de Cónyuge: _____

¿Quien vive en su casa? _____

Raza del cliente* _____

0 = No reportado 1= Nativo Americano/Nativo de Alaska 2 = Negro/afroamericano 3 = Asiático/ Isleño del Pacifico 4 = Hispano 5 = Blanco/Caucásico

* Esta información es requerida para ser usada con el solo propósito de diversidad de casos. Tu repuesta no afectará la consideración de la aplicación.

Seguro médico: _____

Nombre y apellido de titular de la póliza: _____

Numero póliza: _____

Historia Educacional

Nivel más alto de educación alcanzado: _____ Primer Idioma: _____

Otros idiomas hablados: _____ Idioma hablado en casa: _____

¿Tienes algunas dificultades para aprender y/o leer? Sí No

Si es así, describa _____

Habla, Lenguaje Actualmente o Historia de la Voz

Lo más completo posible, describa su problema de habla o lenguaje. _____

¿Cuánto tiempo has tenido este problema? _____

¿Qué crees es la causa de este problema? _____

¿Cómo ha cambiado el problema desde que se notó por primera vez? _____

¿Cómo te hay afectado este problema? _____

¿En su familia? _____

¿Socialmente? _____

¿Profesionalmente? _____

¿Has buscado ayuda para este problema en otro lugar? Sí No

Enlista los nombres de las otras clínicas o agencias donde has sido evaluado o tratado por su problema de comunicación.

| Nombre | Ubicación | Fechas |
|----------|-----------|--------|
| 1. _____ | | |
| 2. _____ | | |
| 3. _____ | | |
| 4. _____ | | |

Historia Medical

¿Hay una razón médica por tu problema de comunicación actualmente? Sí No

¿Cuándo ocurrió? _____ Describe _____

Si hospitalizo, escribe la ubicación y fechas de la hospitalización.

Hospital/ Ubicación / Fecha Admitido-Despedido/Nombre del Medico tratando este problema
medical _____

Enlista enfermedades/condiciones y la fecha del comienzo: _____

Enlista heridas/accidentes significantes y cualquier efectos: _____

Otra información medical/tratamiento: _____

¿Tienes problemas comiendo o tragando? Sí No

Describe _____

Enlista medicación es que tas tomando actualmente (nombre/dosis/horario) _____

F. ¿Tienes alergias o restricciones dietéticas? _____

Escribe información adicional que podría ser útil en nuestra planificación para la evaluación o tratamiento. _____

Nombre del Medico Primario: _____

Ubicación: _____

Teléfono: _____

Especialista: _____

Ubicación: _____

Teléfono: _____