



Habla/Lenguaje: Formulario de historial del adulto

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Pronombres _____

Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono alternativo _____

Residencial

Laboral

Celular

(MARQUE UNO)

Residencial

Laboral

Celular

(MARQUE UNO)

Dirección de correo electrónico _____

Seguro:

Primario _____ Secundario _____

Póliza # _____ Póliza # _____

Grupo # _____ Grupo # _____

Nombre del afiliado _____ Nombre del afiliado _____

Fecha de nacimiento del afiliado _____ Fecha de nacimiento del afiliado _____

Número de teléfono y dirección del afiliado _____

Ocupación/Ocupación anterior _____ Empleador _____

Nivel más alto de educación alcanzado _____

Nombre de conyugue o pariente más cercano _____

Idioma nativo _____ Idioma primario _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Referido por _____

Persona que llena este formulario _____ Parentesco _____

QUEJA

1. ¿Por qué desea ser evaluado(a) en nuestra clínica? Por favor describa su problema de comunicación.

2. ¿Qué quisiera ganar con el uso de nuestros servicios?

3. ¿Cuándo y dónde ha recibido una terapia de comunicación previa? Por describa:

4. ¿Hay algún momento del día o alguna situación en particular en la que su problema empeore? En caso afirmativo, descríballo:

5. ¿Hay algún momento del día o alguna situación en particular en la que su problema mejore? En caso afirmativo, descríballo:

6. ¿Algún otro miembro de su familia ha tenido un problema de comunicación? En caso afirmativo, describa:

7. ¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes? Por favor marque.

Fecha(s) aproximada(s) Año

- _____ Dificultad para pronunciar sonidos en inglés
- _____ Dificultad para recordar las palabras que desea decir
- _____ Problemas de voz
- _____ Problemas de audición

MÉDICOS

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad reciente o prolongada? En caso afirmativo, descríballo:

2. ¿Está tomando medicamentos actualmente? En caso afirmativo, indique la(s) razón(es) para tomarlos.

3. Describa cualquier cirugía que haya tenido. Indique el año de la cirugía.

4. Describa cualquier accidente importante que haya tenido e indique las fechas.

5. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor marque.

Fecha(s) aproximada(s) Año

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> _____ Gripe | <input type="checkbox"/> _____ Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> _____ Meningitis |
| <input type="checkbox"/> _____ Debilidad de brazos o piernas | <input type="checkbox"/> _____ Alergias |
| <input type="checkbox"/> _____ Temblores descontrolados | <input type="checkbox"/> _____ Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> _____ Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> _____ Resfriado frecuentes |
| <input type="checkbox"/> _____ Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> _____ Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> _____ Sarampión | <input type="checkbox"/> _____ Otro (describa) |