

Formulario de Historia de Casos de Adultos del Habla



La documentación de admisión tardará aproximadamente entre 25 y 30 minutos en completarse.

Complete todas las secciones antes de su primera cita.

Gracias por ser parte de Speech For Success, PLLC.

** indica un campo obligatorio*

* ¿Cuál es su nombre legal completo?

* ¿Cuál es tu fecha de nacimiento? Mes/Fecha/Año ej. (01/01/1990)

Proporcione su dirección postal completa.

Proporcione su número de contacto móvil con el código de área.

Proporcione su dirección de correo electrónico preferida.

Médico remitente (si no corresponde, escriba N/A).

Por favor proporcione su ocupación actual. Si está desempleado o jubilado, responda N/A.

¿Cual es tu nivel más alto de educación? Un círculo.

High School Associate's Degree Bachelor's Degree Master's Degree Doctoral Degree

Some Post-Graduate Work

Escuela a la que asiste actualmente. (Si es aplicable)

Cuál es tu idioma nativo? (Hablado en casa)

English Spanish Mandarin Korean French Other:

Indique cualquier idioma secundario en el que tenga dominio de la conversación.

English Spanish Mandarin Korean French Other:

¿Está esto relacionado con el Trabajo y las Industrias? Un círculo.

Si No

En caso afirmativo a la pregunta anterior. ¿Cuál es su número de reclamo y la información de contacto de los administradores de casos?

Información General

* Describir el problema del habla-lenguaje. ¿Qué lo impulsa a buscar servicio?

* ¿Qué crees que pudo haber causado el problema?

¿Ha cambiado el problema desde que se detectó por primera vez? (por ejemplo, mejorado o empeorado)

¿Has visto a algún otro especialista? (es decir, médicos, audiólogos, psicólogos, neurólogos). Un círculo.

Si No

En caso afirmativo a la pregunta anterior, indique el tipo de especialista, cuándo y dónde fue atendido y las conclusiones o sugerencias del especialista sobre su atención.

Historial Médico

¿Tiene o ha tenido dificultades para comer o tragar?

Si No

En caso afirmativo a la pregunta anterior, descríbala.

¿Tiene o ha tenido algún problema con su respiración?

Si No

En caso afirmativo a la pregunta anterior, descríbala.

¿Tienes o has tenido algún problema con la calidad vocal?

Si No

En caso afirmativo a la pregunta anterior, descríbala.

¿Le han realizado estudios de deglución, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas u otros informes de pruebas médicas?

Si No

En caso afirmativo a la pregunta anterior, descríbala.

Enumere cualquier lesión grave, fiebre alta, convulsiones, hospitalizaciones, cirugías, eventos o enfermedades neurológicas, discapacidades físicas u otra información médica que considere relevante. Por favor indique fechas o edades aproximadas para cada evento.

Describa cualquier problema con sus dientes, lengua, boca, oídos, nariz o garganta:

Describa cualquier problema de visión o audición que pueda tener.

Por favor indique cualquier medicamento que esté tomando. Incluya las dosis, la frecuencia de los medicamentos y el motivo de los medicamentos. Si no aplica, por favor responda, N/A.

Información Familiar, Social y Educativa

¿Tiene o ha tenido alguna vez dificultades escolares o de aprendizaje?
Si es así, descríbalos.

¿Tiene o ha tenido problemas con la memoria o el pensamiento?

Si No

En caso afirmativo a la pregunta anterior, descríbala.

Utilice este espacio para informarnos de cualquier otra cosa que considere importante que sepamos.

* Nombre y número de contacto de emergencia:

Gracias por su tiempo y el cuidado con el que completó este formulario.

* Verifico que la información proporcionada está completa a mi leal saber y entender.

Por favor firme arriba

Doy mi consentimiento para compartir la información proporcionada aquí.