

UNIVERSITY SPEECH, LANGUAGE AND HEARING CLINIC
3871 HOLMAN ST.
HOUSTON, TEXAS 77204-6018
(713) 743-0915

FORMULARIO GENERAL DE HISTORIAL DE CASO – HABLA EN ADULTOS

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Referido por: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del medico: _____

Informes a enviar a: _____

¿Ha sido atendido en nuestra clínica anteriormente? ¿Si es así, cuando? _____

¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? _____

¿Necesita un intérprete en el momento de su cita? ¿Si es así, de que tipo? _____

Describe brevemente el problema del habla y/o la audición en términos simples. ¿Es este el único problema?

HISTORIA DEL PROBLEMA DE HABLA

Edad de inicio: _____

Condiciones de inicio: _____

¿Quién notó primero este problema? _____ ¿Cuándo? _____

¿Qué intentos se han hecho para tratar este problema? _____

Resultados de este tratamiento: _____

¿Algún especialista en habla o audición lo ha evaluado? _____ ¿Cuándo? _____

Resultados de la evaluación: _____

Describe el curso general del problema: ¿ha mejorado o empeorado? _____

Describe cualquier circunstancia que altere los síntomas: _____

¿Considera este problema como grave, moderado o leve? _____

¿Conoce a alguien con un problema similar? _____

Relación: _____

¿Ha sido criticado por este problema? _____ Si es así, ¿por quién? _____

¿Cuándo? _____

¿Cuál fue su reacción a la crítica? _____

¿Este problema interfiere con su empleo, aspiraciones sociales o educativas? _____

Si es así, ¿cómo? _____

¿Las personas tienen dificultad para entenderlo cuando habla con ellas? _____

Si es así, ¿sabe por qué? _____

¿Alguna vez ha “perdido su voz”? – Si es así, describa las circunstancias y la duración. _____

¿El inglés fue su primer idioma? _____ Otros idiomas hablados: _____

¿Cuándo aprendió inglés? _____

HISTORIA MÉDICA

Médico personal: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Otros profesionales que lo han tratado: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Recuerda o le han dicho si tuvo algún problema en la infancia (como caminar tarde, alergias alimentarias, etc.)? _____

Por favor, enumere todas las enfermedades, lesiones y operaciones:

Nombre: _____ Fecha: _____ Fiebre: _____ Complicaciones: _____

_____ Tratamientos: _____ Médico: _____

¿Alguna historia de resfriados (excesivos): _____ Alergias: _____ Problemas de sinusitis: _____

_____ Dolor de garganta: _____

Infecciones respiratorias altas: _____ Asma: _____ Neumonía: _____ Laringitis: _____

Enumere todas las discapacidades físicas actuales: _____

Medicamentos actuales que toma: _____ Tratamientos recibidos: _____

Estimación de su estado de salud actual: _____

¿Alguna vez le han examinado la vista? _____ ¿Usa gafas? _____

¿Alguna razón para pensar que podría tener un problema de visión? _____

¿Alguna vez le han hecho una prueba auditiva? _____ ¿Usa audífono? _____

Si no, ¿alguna razón para pensar que podría tener un problema auditivo? _____

HISTORIA ESCOLAR

Nivel educativo completado: Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Universidad _____
Formación profesional _____ Otro _____

Asignaturas favoritas en la escuela: _____

Asignaturas difíciles en la escuela: _____

HISTORIA SOCIAL

Pasatiempos: _____ Deportes: _____

Actividades de tiempo libre: _____

Membresías en grupos: _____

HISTORIA FAMILIAR

Nombres y edades de los padres: _____

Estimación de la salud física actual de los padres: _____

Si los padres ya no están vivos, indique la edad en que fallecieron y la causa de muerte. _____

Hermanos(as): Edad _____ Salud Física _____

Si hay algún historial familiar de enfermedades crónicas, alergias, déficit de habla, dificultades de aprendizaje, u otros, enumere a los miembros y describa la(s) condición(es):

Marque cualquiera de las siguientes opciones que describen su habla o voz:

Con frecuencia ronco _____ Tono alto _____ Demasiado fuerte _____ Falta de proyección _____
Ritmo rápido _____

“Rasposo” _____ Ritmo lento _____ La voz se cansa fácilmente _____ La voz se quiebra _____
Hesitante _____

Tono bajo _____ Mala pronunciación _____ Pronunciación precisa _____ “Sensación de nudo en la garganta” _____

Difícil de entender cuando habla _____ Tartamudeo _____

¿Qué cree que causó su problema? _____