

## HISTORIAL CLÍNICO (FORMULARIO PARA ADULTOS)

Nombre: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha en que llenó el formulario \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (Marque con un círculo) M F

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

TEL.: Domicilio (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llenó el formulario (si no es el cliente)

\_\_\_\_\_

Dirección (si no es la del cliente)

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

---

Estimado cliente o guardián: Las respuestas a las cuestiones que siguen nos pueden ayudar a entender mejor sus problemas, y a planear las actividades de evaluación y tratamiento. Por favor, trate de responder de la manera más completa posible. Si necesita más espacio, use el revés de esta página. Le agradecemos por su colaboración.

1. Estado Civil (marque con un círculo): Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

2. Nombre de sus hijos

Edad

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Lengua madre (si no es inglés) \_\_\_\_\_

4. ¿Vive solo/a? (marque con un círculo) Sí No. Si no, ¿con quién vive?  
\_\_\_\_\_

5. (Marque con un círculo) Diestro Zurdo Ambidiestro

6. Nivel educativo \_\_\_\_\_

7. Ocupación y lugar de empleo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Si no tiene empleo, nombre su más reciente ocupación y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Motivo de esta cita (Marque todas las categorías aplicables)

- Problemas de lenguaje
- Problemas al tragar
- Reducción de acento extranjero
- Afasia (pérdida en la facultad de expresión)
- Implante de cóclea (caracol)
- Voz
- Problemas con la memoria
- Otro \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO** (Marque todas las categorías aplicables)

- Apoplejía
- Afasia
- Otros trastornos de la comunicación
- Debilidad del lado derecho o izquierdo
- Demencia
- Problemas con la memoria
- Trauma en la cabeza o lesión cerebral
- Ataques epilépticos
- Depresión Clínica
- Fumador
- Pérdida de Audición
- Otro problema

Si ha marcado otro, explique cual es el problema y desde cuando lo tiene \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Ha utilizado usted los servicios de un fonoaudiólogo u otro profesional en el área de trastornos de lenguaje? (Marque con un círculo) Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién fue ese profesional?, y ¿por cuanto tiempo utilizó sus servicios?

\_\_\_\_\_

11. ¿Ha tomado usted testes psicológicos? (Marque con un círculo) Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién los administró? \_\_\_\_\_

12. Nombre de su médico general \_\_\_\_\_

13. Nombre de su audiólogo \_\_\_\_\_

Fecha de su última evaluación audiológica \_\_\_\_\_

13. Indique las áreas en que tiene problemas. (Marque todas las que aplican)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Comunicación verbal         | <input type="radio"/> Memoria                           |
| <input type="radio"/> Escritura                   | <input type="radio"/> Habilidad para resolver problemas |
| <input type="radio"/> Inteligibilidad de la habla | <input type="radio"/> Problemas al tragar               |
| <input type="radio"/> Lectura                     |   |
| <input type="radio"/> Comprensión del lenguaje    |   |

14. ¿Tiene un historial de pérdida auditiva? (Marque con un círculo) Sí No

15. ¿Alguien en su familia ha sufrido pérdida auditiva? (Marque con un círculo) Sí No

16. ¿Utiliza audífono o aparatos que lo ayuden a oír? (Marque con un círculo) Sí No

17. ¿Utiliza gestos para comunicarse? (Marque con un círculo) Sí No

18. ¿Utiliza alguna otra técnica, como un libro o cuaderno, para asistirlo con la comunicación? (Marque con un círculo) Sí No

20. ¿Cuáles son sus puntos fuertes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿Qué considera usted sus puntos de debilidad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

