

## Historial para caso de adultos

### Información general

|  |           |                      |              |                    |
|--|-----------|----------------------|--------------|--------------------|
| Nombre:  |           | Fecha de nacimiento: |              |                    |
| Dirección:   |           | Teléfono:            |              |                    |
| Ciudad:  |           | Código postal:       |              |                    |
| Empleo:  |           | Teléfono de trabajo: |              |                    |
| Mayor título de estudios obtenido:   |           |                      |              |                    |
| Empleador:   |           |                      |              |                    |
| Referido por:  |           | Teléfono:            |              |                    |
| Dirección:   |           |                      |              |                    |
| Médico de cabecera:  |           | Teléfono:            |              |                    |
| Dirección:   |           |                      |              |                    |
| Marque estado civil:   | Soltero/a | Viudo/a              | Divorciado/a | Nombre del cónyuge |
| Hijos (incluye nombre, sexo, y edades):  |           |                      |              |                    |
| ¿Quiénes viven en el hogar?  |           |                      |              |                    |
| ¿Cuáles idiomas habla Usted?   |           |                      |              |                    |
| Si habla más de un idioma, ¿cuál es su idioma materno?   |           |                      |              |                    |
| ¿Tiene Usted cualquier problema auditivo? Si Usted ha visto a un audiólogo o audioprotesista y le hicieron una prueba de los oídos, ¿cuáles fueron los resultados? |           |                      |              |                    |

Describa cualquier cambio que Usted ha notado en su voz. ¿Suena débil o ronca? ¿Le cuesta a la gente escucharlo a Usted?

---

---

---

---

Describa su problema de habla y/o lenguaje.

---

---

---

---

---

---

¿Qué piensa Usted que pudo haber causado el problema?

---

---

---

---

¿El problema ha cambiado desde que lo notó por primera vez?

---

---

---

---

¿Ha visto Usted cualquier otro especialista (médico, psicólogo, neurólogo, etc.)? En caso afirmativo, indique el tipo de especialista, cuando lo vio, y las conclusiones y/o sugerencias del especialista.

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Cualquier miembro de su familia tiene algún problema de habla o lenguaje? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Historial médico

Si ha tenido Usted cualquier de las siguientes enfermedades o condiciones, por favor anote el año aproximado de afección:

|                                    |                      |  |
|------------------------------------|----------------------|--|
| Adenoamigdalectomía/amigdalectomía | Asma                 | Mareos                                 |
| Rubeola                            | Infecciones del oído | Encefalitis                            |
| Temperatura alta                   | Jaquecas             | Pérdida auditiva                       |
| Sarampión                          | Influenza            | Mastoiditis                            |
| Exposición a ruido                 | Meningitis           | Paperas                                |
| Convulsiones                       | Otosclerosis         | Neumonía                               |
| Cirugía                            | Sinusitis            | Apoplejía u otro trastorno neurológico |
| Zumbido de oídos                   | Otro                 |  |

¿Tiene Usted alguna dificultad para comer? ¿Tose mientras está tomando líquidos o tragando comidas sólidas? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

---

---

---

---

---

---

---

Anote todos sus medicamentos actuales:

---

---

---

---

---

---

---

¿Está sufriendo Usted cualquier reacción adversa a estos medicamentos? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

---

---

---

---

---

---

---

Describa todas sus cirugías, operaciones, y/o hospitalizaciones importantes (incluyendo fechas).

---

---

---

---

---

---

Describa todos los accidentes importantes que Usted ha sufrido.

---

---

---

---

---

---

Provea cualquier detalle adicional que podría ser útil en el proceso de evaluación y remedio.

---

---

---

---

---

---

|                                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|
| Persona completando el cuestionario: | Relación al cliente: |
| Firma:                               | Fecha:               |