

## FORMULARIO DEL HABLA Y LENGUAJE PARA ADULTOS (2 PÁGINAS)

Adjunte **TODOS** los recientes reportes de doctores, terapeutas y otros proveedores.

Date Received:

OFFICE USE ONLY

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de formulario: \_\_\_\_\_ DÍA / MES / AÑO \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ PAÍS, CIUDAD, ESTADO \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ DÍA / MES / AÑO \_\_\_\_\_ HOMBRE/MUJER \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ NÚMERO Y CALLE \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

¿Cuáles idiomas habla y a qué porcentaje? \_\_\_\_\_

Problema principal (¿Por qué se requiere una evaluación?)  
\_\_\_\_\_

### REFERENCIA

¿Quién lo refirió a nuestra clínica? \_\_\_\_\_

¿Qué idiomas habla usted? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su primer idioma? \_\_\_\_\_ ¿Segundo idioma? \_\_\_\_\_

¿Qué porcentaje habla su primer idioma? \_\_\_\_\_ (De 0% - 100%)

¿Qué porcentaje habla su segundo idioma? \_\_\_\_\_ (De 0% - 100%)

### CUESTIONARIO PARA EL CLIENTE

¿Qué cree usted que es el problema con su comunicación? (Habla, lenguaje, voz, fluidez, deglución, socializarse, o escuchar.)  
\_\_\_\_\_

¿Qué cree que fue la causa de este problema?  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo se dio cuenta del problema?  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo se complica más el problema?  
\_\_\_\_\_

Describa una situación cuando es notable el problema:  
\_\_\_\_\_

¿Cómo es afectada su vida diaria por causa de este problema?  
\_\_\_\_\_

# HISTORIA MÉDICA

Doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

DOMICILIO DEL HOSPITAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

¿El cliente ha tenido alguna cirugía?  Sí  No    ¿Cuándo? ¿Para qué?

Describa heridas o traumas que ha sufrido el cliente. Indique si fue internado/a.

¿El cliente toma algún medicamento?  Sí  No    ¿Cuáles medicamentos? ¿Para qué?

El cliente padece de:  ataques epilépticos  convulsiones  desmayos frecuentes  
 otra cosa: \_\_\_\_\_  nada

¿El cliente escucha bien?  Sí  No    Explique:

¿Ha tenido una evaluación de audición?  Sí  No    ¿Dónde? ¿Cuáles fueron los resultados y recomendaciones?

¿Ha tenido infecciones del oído?  Sí  No    ¿Qué tan frecuente? \_\_\_\_\_

¿Qué tan severas fueron las infecciones? \_\_\_\_\_

¿El niño/la niña es alérgico/a?  Sí  No    Por favor, explique.

Indique cuales aparatos usa el niño/la niña:

Lentes     Audífonos     Dentadura     Silla de ruedas     Bastón

Otros aparatos: \_\_\_\_\_

**Cuando haya terminado de llenar este formulario (y haya adjuntado todos los documentos apropiados) por favor mande por correo o fax a la dirección o número proveído en la primera página. Alguien le llamará cuando su solicitud sea procesada.**