



FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA – ADULTOS – Habla y Leguaje

Fecha: _____

| |
|--|
| <p>Encierre en un círculo el servicio deseado: Logopedia o Evaluación: Habla Lenguaje Fluidez Voz AAC Otro: _____</p> |
|--|

Información Demográfica:

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Género: Masculino _____ Femenino _____ Otro _____ Idioma principal: _____

Dirección: _____

(Ciudad/Estado/Código Postal)

de Teléfono (Móvil): _____ # de Teléfono (Trabajo): _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ # de Teléfono _____

(Cuidador/Cónyuge/Pareja)

Correo Electrónico de Contacto de Emergencia: _____

Nombre y relación de la persona completando este formulario: _____

Seguro Medico:

¿Tiene Medicare? __SI __NO

¿Tiene Medicaid? __SI __NO

Nombre de Compañía de Seguros: _____ Numero de I.D.: _____

Afiliación a FSU: __Estudiante(TCC, FAMU, FSU, Otro) ____Facultad/Personal/Alumnas/Empleado

Médico o Servicio de Referencia a nuestra clinica: _____

Médico de Familia: _____

Motivo por el Referido o Servicios:

Historial Médico:

Fecha de Inicio o Diagnostico: _____

Historia Medica Pasada:

Hospitalizaciones:

Cirugías:

Por favor indique si alguna vez ha tenido:

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflejo (RSD) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Resfriados | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Lesiones de Cabeza | <input type="checkbox"/> Reflujo/GERD |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Infecciones de Oídos | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Convulsiones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Diabetes | | _____ |

Por favor anote sus alergias:

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comida: | <input type="checkbox"/> Ambientales: | <input type="checkbox"/> Medicamentos: | <input type="checkbox"/> Otro: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Exámenes Completados: (Encierre en un Circulo)

Resonancia Magnética Tomografía Computarizada Radiografía Otro: _____

¿Tiene problemas con la audición o visión? SI _____ No _____

Si es así, por favor explique.

¿Usa Anteojos (Lentes)? SI _____ No _____ ¿Usa Audífonos? SI _____ No _____

Medicamentos actuales:

Historial del Habla/Lenguaje:

Describa cualquier dificultad del habla y lenguaje:

Fecha de inicio de dificultades con el habla y lenguaje: _____

Ha obtenido servicios previos del habla y lenguaje: SI _____ No _____

Si su respuesta fue "SI" por favor describa: _____

Si se sabe, cual es la causa de la dificultad del habla y lenguaje: _____

¿Ha notado algún cambio con el habla o lenguaje desde el primer diagnóstico? Por favor describa:

¿Algún miembro de su familia ha tenido dificultades del habla y lenguaje? Por favor describa:

¿Cómo siente que sus dificultades del habla y lenguaje han afectado su vida social?

Si actualmente tiene empleo, como siente que sus dificultades del habla y lenguaje han afectado su ocupación? _____

¿Hay alguna situación específica de comunicación que le presente dificultades?

¿Evita situaciones de comunicación? Explique cómo y porque:

Historial de Deglución (Tragar):

¿Tiene alguna dificultad para comer, beber, deglutir? Si _____ No _____

Si marco si, Describa las circunstancias por su dificultad para deglutir:

¿Cuándo comenzó la dificultad para deglutir? _____

¿Ha mejorado o empeorado la dificultad para deglutir? SI _____ No _____

Si su respuesta fue "SI", por favor describa:

¿El problema de deglución ocurre con ciertos alimentos o líquidos? Por favor describa:

¿La dificultad de deglución ocurre en diferentes momentos del día? SI _____ No _____

Si es así, por favor describa: _____

¿Se le ha realizado un estudio de deglución por video en el pasado? ¿Si es así, cuando? ¿Y cuáles fueron los resultados? _____

Antecedente Educativo:

Nivel de educación más alto de haber completado: _____

Títulos/Diplomas(s): _____

¿Ha tenido alguna vez dificultad con las siguientes áreas antes de su diagnóstico o accidente?
(Circule todo lo que corresponda)

Comprensión
Prestar Atención

Lectura
Memoria

Con el Habla
Resolver Problemas

Escribir
Matemática

Antecedentes Familiares:

Nombre de Cónyuge/Pareja: _____
Nombres de Niño(s) _____ Edad: _____

Tiene algún familiar o amistad que lo pueda ayudar/asistir a lo largo del día?

Historia Laboral:

Actualmente Empleado: SI _____ No _____ Fecha de Retiro: _____

Ocupación: _____

Deberes Laborales:

Historia Social:

¿Conduce actualmente un vehículo? SI _____ No _____

¿Es capaz de realizar las siguientes actividades de la vida diaria? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

- | | | |
|------------|-----------------------|-------------|
| Vestirse | Dificultad en caminar | Comer |
| Bañarse | (¿Sin ayuda, con | Arreglarse |
| Ir al baño | Bastón, Andador, o | Otro: _____ |
| | Silla de Ruedas?) | |

Enumere algunos pasatiempos, intereses o actividades sociales específicas:

¿Ha tenido que dejar algunos de sus pasatiempos, intereses o actividades sociales? ¿Si es así, por qué?

