

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: _____ Fecha de formulario: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE DÍA / MES / AÑO

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
DIA / MES / AÑO PAIS, CIUDAD, ESTADO 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?

Describe una situación cuando es notable el problema:

¿Como 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.