

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS

Cualquier cliente que solicite servicios en la Clínica del Habla y Lenguaje de Ludden debe responder todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible.

Si tiene alguna información de otros profesionales, como registros médicos o evaluaciones escolares, envíe copias de esos documentos junto con este formulario de historia clínica.

***Para su información, esta instalación no está libre de cacahuete.*

La Clínica Ludden del Habla y Lenguaje mantiene la confidencialidad de todos los archivos de los clientes, incluida cualquier documentación que usted proporcione desde otras instalaciones.

INFORMACIÓN GENERAL: (Escribir Claramente)

Nombre Legal del Cliente: _____ Fecha: _____

Nombre Preferido del Cliente (si es otro): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio:

(Calle)

Ciudad/Estado

Código Postal

Teléfono: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Señale todo lo que aplique:

____ empleado ____ tiempo medio ____ tiempo completo ____ jubilado ____ discapacitado

____ estudiante

Ocupación Actual: _____

Ocupación Previa: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

¿Quién lo(a) refirió a esta clínica? (Nombre): _____

Profesión de la persona o relación con usted: _____

Motivo de la Recomendación (Favor de marcar con un círculo):

Lectura::	Sí	No
Escritura:	Sí	No
Expresión Oral:	Sí	No
Audición:	Sí	No
Comprensión:	Sí	No
Otro:	Sí	No

Proporcione más información sobre cualquier elemento marcado "sí" en la sección previa:

¿Cuándo comenzó su problema de comunicación?

¿Cuáles son sus metas para su comunicación? ¿Qué le gustaría poder hacer mejor?

HISTORIAL EDUCATIVO

Nombre de la última escuela a la que asistió: _____

Número de años que asistió a la escuela:____ Nivel educativo más alto que obtuvo: _____

HISTORIA FAMILIAR

Estado civil actual ____casado(a) ____soltero(a) ____viudo(a) ____otro

Número de hijos: _____ Edades _____

Lista de nombres de quienes viven con usted

¿Cuál es la relación?
(conyuge, hijo(a), amigo(a), etc.)

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre:: _____

Nombre: _____
 ¿Es el inglés su primer idioma?: _____ Sí _____ No (¿cual es su primer idioma?) _____

¿Qué idioma(s) se hablan en su hogar? _____

¿Tiene una discapacidad del desarrollo, síndrome o discapacidad del aprendizaje?
 _____ No _____ Sí
 (Describa)

¿Alguien en su familia tiene una discapacidad del desarrollo, síndrome, discapacidad de aprendizaje o antecedentes de dificultades del habla, el lenguaje o la audición?
 _____ No _____ Sí
 (Describa)

HISTORIAL MÉDICO

Marque "Sí" o "No" para indicar si tiene o tuvo alguno de los siguientes:

<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resfriados Frecuentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laringitis/ronquera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Dentales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paro Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de déficit de atención
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios (Asma, Enfisema, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal (problemas digestivos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo (Reflujo Gastroesofágico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de Ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obsesivo Compulsivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asperger/Lenguaje Social
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral traumática (incluyendo conmoción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden Congénito (Tipo): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislexia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virus (VIH, Herpes, Hepatitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tartamudeo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de audición y sordera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros Trastornos Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(describa) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros Diagnósticos Médicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer (Parte del cuerpo afectado): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(describa) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar (describa la dificultad que tiene o tuvo para tragar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(describa) _____

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, explique y comente a continuación.

Describa alguna técnica especial, equipos o compensaciones que utiliza.

¿Lleva una dieta especial? _____ Sí _____ No

Si es que sí, describa el tipo de dieta especial, incluidas las consistencias alteradas (líquidos blandos, en puré y espesados).

¿Tiene alguna alergia conocida? _____ Sí _____ No

(Si es que sí, describa)

Enumere todos los medicamentos que se toma regularmente:

Enumere todas las hospitalizaciones anteriores, el motivo y las fechas (utilize otra hoja de papel si es necesario).

¿Alguna vez ha sido atendido por alguno de los siguientes especialistas? Marque todos lo que apliquen:

_____ Neurólogo _____ Especialista en Conducta _____ Ortodoncista

_____ Psiquiatra _____ Terapeuta Físico _____ Nutriólogo

_____ Audiólogo _____ Terapeuta Ocupacional _____ Psicólogo

_____ Médico Oído Nariz Garganta Otro _____

Enumere los nombres/fechas aproximadas/y motivos de todos los especialistas que ha visitado en el pasado (utilize otra hoja de papel si es necesario).

HISTORIAL DE COMUNICACIÓN Y ESTADO ACTUAL

Favor de señalar todas las afirmaciones que apliquen a su trastorno de la comunicación y elabore con detalle:

- Mi problema de comunicación interfiere con mis actividades sociales.
- Mi problema de comunicación interfiere con mi desempeño en el trabajo.
- Mi problema de comunicación interfiere con mi desempeño en la escuela.
- Mi problema de comunicación interfiere con mi vida en el hogar.
- Soy capaz de expresarme para que otros puedan entenderme.
- A veces mi habla mejora, pero vuelve a empeorar.
- Tengo dificultad para recordar los nombres de objetos, personas o lugares comunes.
- Mi comunicación no es fácilmente entendida por las personas que conozco.
- Los desconocidos no entienden fácilmente mi comunicación.
- Con frecuencia digo sonidos incorrectos en las palabras.
- Me preocupa si la gente entiende mi conversación del todo.
- Mi plática contiene muchas repeticiones de palabras o sonidos prolongados.
- A menudo me quedo sin aliento mientras hablo.
- Necesito hacer un gran esfuerzo para hablar.
- Tengo dificultad para leer.
- Tengo dificultad para aprender y recordar nueva información.
- Tengo dificultad para recordar cosas que necesito hacer, como citas o tareas del trabajo.
- Tengo dificultad para prestar atención mientras converso o realizo una tarea.
- Tengo dificultad para encontrar soluciones a problemas.

¿Alguna vez ha sido atendido por un Patólogo del Habla/Lenguaje (SLP)?

Sí No Si es que sí, describa.

¿Tiene pérdida de audición? _____ No _____ Sí

¿Utiliza aparato auditivo? _____ No _____ Sí

¿Tiene algún problema de visión? _____ No _____ Sí

¿Usa anteojos o lentes de contacto? _____ No _____ Sí

¿Cuáles son sus intereses y actividades de las cuales disfruta?

En general, calificaría mi capacidad de comunicarme como:

_____ Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Pobre

¿Tiene algún otro comentario que pueda ser útil para planificar su evaluación?

Incluya cualquier informe o información adicional que pueda ser útil en la evaluación y/o solución del problema de habla/lenguaje de su hijo(a).

Persona que completó el formulario: _____

Relación al Cliente: _____

Firma del Guardian Legal (si es aplicable): _____ Fecha: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____