



QUESTIONARIO DE ADMISIÓN PARA ADULTOS

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Cuáles son sus razones para concertar esta cita?

2. ¿Cuándo notó por primera vez una dificultad en el habla/lenguaje?

3. ¿Cómo ha cambiado la dificultad desde que se notó por primera vez?

4. En el pasado, ¿qué estrategias/técnicas le han resultado útiles en relación con su habla/lenguaje?

5. ¿Ha visitado alguna vez a un terapeuta de lenguaje para una evaluación o tratamiento?

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

Objetivo del tratamiento: _____

Resultados del tratamiento: _____

6. ¿Cómo afectaría a su vida cambiar la manera en que habla/lenguaje?
(¿En casa ? ¿En el trabajo? ¿En ambientes sociales?)

7. ¿Cómo reaccionan los demás ante la forma en que habla/lenguaje?

8. ¿Hay algo más que crea que deberíamos saber sobre su lenguaje?

9. ¿Qué espera obtener de la cita de hoy?

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

1. ¿Última institución educativa que asistió? _____
2. ¿Cuál fue el nivel de grado, diploma, o título más alto obtenido? _____
3. ¿Alguna vez se ha inscrito a una clase especial o recibido servicios de tutoría? Sí No
En caso afirmativo, por favor explique: _____
4. ¿Su habla/lenguaje afectó a su rendimiento escolar? En caso afirmativo, ¿cómo?

5. Ocupación: _____
Empleador: _____
6. ¿Afecta su forma de hablar/ lenguaje a su carrera? En caso afirmativo, ¿cómo?

7. ¿Usas el inglés como segunda lengua? ? En caso afirmativo, ¿cuál es su lengua materna?

8. Aunque un acento no es un trastorno, ¿cree que afecta a su forma de comunicación?

HISTORIA MÉDICA

1. ¿Tiene antecedentes de alguna de las siguientes enfermedades? (Marque las que corresponden)

<input type="checkbox"/> ataques o convulsiones	<input type="checkbox"/> resfriados o tos frecuentes
<input type="checkbox"/> lesiones graves en la cabeza	<input type="checkbox"/> fiebres altas
<input type="checkbox"/> dificultades auditivas	<input type="checkbox"/> alergias
<input type="checkbox"/> dificultades oculares	<input type="checkbox"/> enfermedades graves
<input type="checkbox"/> problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> dolores de garganta
<input type="checkbox"/> dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> exposición al ruido
<input type="checkbox"/> cirugía mayor u hospitalización	

En caso afirmativo, ¿para qué? _____ Fecha: _____

tratamiento psicológico/psiquiátrico

En caso afirmativo, ¿para qué? _____ Fecha: _____

accidentes graves

En caso afirmativo, ¿para qué? _____ Fecha: _____
2. Indique la medicación que toma diario y para que:

Medicación	Razón
_____	_____
_____	_____

3. Marque cualquiera de los siguientes que llevé:

- aparato auditivo
- dentadura postiza
- lentes
- prótesis

4. ¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

5. ¿Ha consultado a algún otro especialista? (orientador, neurólogo, audiólogo, etc.) Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____