



CUESTIONARIO DE ADMISIÓN PARA ADULTOS EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL

Nombre: _____

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que completa el cuestionario y su relación con el cliente: _____

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Cuáles son sus motivos para solicitar esta cita?

2. ¿Podría describir cuales son las áreas más fuertes en la comunicación del cliente?

3. ¿Cuáles son las necesidades de comunicación actuales del cliente?

4. ¿Qué hace actualmente para ayudar al cliente a comunicarse de forma más eficiente?

5. ¿Ha recibido el cliente una evaluación o terapia del habla previamente?

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

Enfoque del tratamiento: _____

Resultados del tratamiento: _____

6. ¿Qué espera conseguir de la consulta de hoy?

ANTECEDENTES

Última institución educativa que asistió:

¿El cliente está actualmente empleado o asiste a un taller / programa diario? En caso afirmativo, indique el nombre del programa y la frecuencia con la que asiste.

Entorno residencial actual (por ejemplo, hogar de grupo, vida con apoyo, etc.) y nombre de la agencia, si procede:

COMUNICACIÓN

1. Indique el nivel de independencia para lo siguiente (marque una opción):

	Independiente	Dependiente de una sugerencia	No es aplicable
Inicia comunicación verbal con los demás. (p. ej, dice “hola”, dice “ayúdame”, inicia conversaciones, etc.).			
Usa la lengua de signos, gestos o vocalizaciones para comunicarse.			
Sigue instrucciones sencillas de un solo paso (p. ej., “ve por tus zapatos”, “sube a la camioneta”, etc.).			
Sigue instrucciones de dos pasos (p. ej., “enjuaga tu plato y ponlo en el fregadero”, “ve por tus zapatos y ponte el abrigo”, etc.).			
Responde adecuadamente a las preguntas.			
Utiliza el contacto visual adecuado.			
Toma turnos durante la conversación.			
Mantiene un espacio personal adecuado.			

**(por ejemplo, no verbal, trastorno sensorial, etc.)*

HISTORIA MÉDICA

1. ¿El cliente tiene antecedentes de: (Marque los que correspondan)

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| _____ ataques o convulsiones | _____ resfriados o tos frecuentes |
| _____ heridas graves de la cabeza | _____ fiebres altas |
| _____ dificultades auditivas | _____ alergias |
| _____ dificultades oculares | _____ enfermedades graves |
| _____ problemas de sinusitis | _____ dolor de garganta |
| _____ dificultad para tragar | _____ exposición al ruido |
| _____ 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. ¿Está el cliente actualmente bajo el cuidado de un médico? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor explique:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

3. ¿El cliente ha visitado a otros especialistas? (orientador, neurólogo, audiólogo, etc.) SÍ NO

En caso afirmativo, por favor explique:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____