

Adulto	Nombre: _____	
Historia y Antecedentes	Fecha: _____	
Antecedentes Médicos	Fecha De Nacimiento: _____	
Describe el problema:		
Cuándo notó por primera vez su problema? _____		
Puede pensar en alguna razón o causa de su problema? _____		
Alguien más en su familia ha tenido un problema de habla o de la audición? _____		
Describe cualquier enfermedades graves, accidentes o cirugías que haya tenido. (Ponga la edad de la occurencia y gravedad.)		
Etiologías	Si	No
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz Rota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriados Crónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laringitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paladar hendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La falta de coordinación de los músculos de la cara o de la lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiración por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis / paresia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección Sinusal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temblor / Espasmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor anote cualquier otro historial médico previo que siente es importante para nosotros saber.		



Adulto	Nombre: _____	
Historia y Antecedentes	Fecha: _____	
Antecedentes Médicos Continuo	Fecha De Nacimiento: _____	
	Si	No
La Cantidad o Cuantos		
Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El uso del Cigarrillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste todos los los procedimientos de sirugia (relacionados o no relacionados con el problema de la voz).		
Voz		
Cuándo notó por primera vez su presencia? _____		
Cuáles fueron las circunstancias? _____		
Cuánto tiempo ha estado presente? _____		
Ha sido usted visto por un doctor de el oído, nariz y garganta? _____		
Resultados / diagnóstico: _____		
Recomendaciones: _____		
¿Cómo describiría su voz? (Verifique los elementos que se aplican)		
Entrecortada	<input type="checkbox"/>	Gangoso
Dificultad para controlar la voz	<input type="checkbox"/>	Temblores de intensidad vocales
Descansos frecuentes de tono	<input type="checkbox"/>	Se estremece el tono de voz
Duro	<input type="checkbox"/>	El tono de voz demasiado alto
Ronco	<input type="checkbox"/>	El tono de voz demasiado baja
Descansos de tono poco frecuentes	<input type="checkbox"/>	Voz demasiado alta
Monótono	<input type="checkbox"/>	Voz demasiado suave
Otro: _____		
Cree que su respiración tiene algo que ver con el problema de la voz? _____		
Alguna vez a sido alguien que nomas respira por la boca? _____		
Cómo le ha afectado este problema de voz ? _____		
Liste 3 situaciones en las que el problema de la voz es menos problemático:		
Liste 3 situaciones en las que el problema de voz es más problemático:		



Voz Continuado

Qué pasa con tu voz cuando esta:

Emocionado(a) _____

Ansioso(a) _____

Enojado(a) _____

Deprimido(a) _____

Otro: _____

Tiene algún dolor / opresión en el cuello, la cara o las orejas? _____

Describe la naturaleza del dolor / opresión: _____

Tiene dolor de garganta en cualquiera de estos tiempos:

Mañana? _____

Noche? _____

Después de hablar durante largos períodos de tiempo? _____

Cuando esta su voz con más fuerza? (Compruebe los elementos que se aplican)

Por la mañana _____

Mediodía _____

Noche _____

Sin cambios durante el día _____

Con qué frecuencia "pierde" su voz? _____

Alguna vez ha recibido algún discurso de habla anteriormente, evaluaciones auditivas o de voz? _____

Cuando y donde? _____

Qué evaluación o terapia anterior se relacionan con el problema actual? _____

Cuál fue la naturaleza de la evaluación y la terapia? _____

Qué tan efectivo a sido la terapia anterior en ayudarle con el problema? _____

Descripción del uso vocal y la laringe (uso diario y / o abuso): (marque la columna correspondiente)

	Mucho	Avecas	Nunca
Hablando en un ambiente ruidoso			
habla excesiva			
Gritando mas de lo normal			
Gritando			
Toser			
Aclarar la Garganta			
Estornudos			
Canto			
Imitaciones de voz			
El animar o ser porrista			
Hablando por teléfono			
El consumo de cafeína			



