

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).		
Accidente Cerebrovascular o Lesión Cerebral		
Fecha de el derrame cerebral o lesión en la cabeza _____		
Edad al tiempo deel accidente cerebrovascular o lesión en la cabeza _____		
Estado civil:	Si	No
Soltero(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viudo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de las manos (antes de el derrame cerebral):	Si	No
Derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble Uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idioma principal que se habla ahora: _____		
Idioma principal antes de el derrame cerebral: _____		
Primer idioma aprendido: _____		
Idiomas hablados que no sea Inglés: _____		
Dónde crecio este paciente? _____		
Donde ha vivido este paciente como un adulto? _____		
Ocupación (s) (comienze con la más reciente, incluya aprox # de años.):		
Posición	Años	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	



Adulto	Nombre: _____
Historia y Antecedentes	Fecha: _____
Antecedentes Médicos Continuo	Fecha De Nacimiento: _____

Accidente Cerebrovascular o Lesión Cerebral

Si el paciente tuvo un derrame cerebral, describa los acontecimientos que rodearon el derrame cerebral y la naturaleza de los problemas del paciente poco después del derrame cerebral.
(incluya la comunicación, debilidad corporal, cambios en la visión): _____

Describa las limitaciones actuales del paciente con respecto a la comunicación, la visión, y problemas físicos: _____

Esas condiciones incluyen: afasia del lado derecho debilidad derecho, parálisis unilateral? _____

Convulsiones: En caso afirmativo, indique la fecha de la última convulsión: _____

La pérdida de la visión: ¿El paciente usa lentes? _____

Este paciente ha tenido un examen visual desde el derrame cerebral? _____

Dé el nombre del médico de los ojos y la fecha de la última evaluación: _____

Este paciente tiene una pérdida auditiva? Usa un aparato auditivo (cual oído)? _____

Cuándo y dónde fue evaluada la audición de este paciente por última vez? _____

Si el paciente fue inscrito previamente en la terapia del habla y del lenguaje, indique dónde y los nombres de los proveedores (si los recuerda): _____

Ha tenido el paciente una tomografía computarizada (CT) o resonancia magnética de cabeza (MRI)? _____

¿Cuándo y dónde fue la análisis más reciente? _____

Por favor describa trastorno de la comunicación _____

Antes del derrame cerebral de este paciente, (o la aparición de deterioro del lenguaje) hubo un historial de cualquiera de los siguientes?

Etiologías

- Deteriorad de la Memoria
- Lesión Craneal
- Derrame Cerebral Previo
- Depresión Clínica
- Problemas Psiquiátricos
- Abuso de alcohol/Problemas
- Abuso de Sustancias
- Demencia
- Otras Enfermedades Neurológicas
- Otra Enfermedad Grave

	Si	No	Información Adicional
Deteriorad de la Memoria			
Lesión Craneal			
Derrame Cerebral Previo			
Depresión Clínica			
Problemas Psiquiátricos			
Abuso de alcohol/Problemas			
Abuso de Sustancias			
Demencia			
Otras Enfermedades Neurológicas			
Otra Enfermedad Grave			



Adulto**Nombre:** _____**Historia y Antecedentes****Fecha:** _____**Antecedentes Médicos Continuo****Fecha De Nacimiento:** _____**Accidente Cerebrovascular o Lesión Cerebral**

Por favor, provee información social y de familiares sobre este paciente para ayudar a entender mejor temas conversacional de importancia: Miembros importantes de la familia, amigos o mascotas:
¿Cuáles son algunos de los logros principales o aspectos más destacados de la vida de esta persona?

Liste pasatiempos o otros temas de interés: _____

Cuáles son sus expectativas de esta clínica? _____

Firma: _____

Fecha: _____

