

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).		
Deglucion		
Descripción del paciente del problema de deglucion: _____		
Por cuánto tiempo ha tenido usted problemas de deglucion? _____		
Cuándo se identificó por primera vez? _____		
Por favor describa su dieta actual. _____		
Cuáles son los alimentos más fáciles de tragar? Solidos <input type="checkbox"/> Masa <input type="checkbox"/> Liquidos <input type="checkbox"/>		
Otro: _____		
Al comer ¿tiene dificultad para masticar la comida? _____		
Al comer ¿tiene dificultad para mover la comida desde la parte frontal a la parte posterior de la boca? _____		
Después de la deglucion queda algo de comida en su boca? _____		
Después de la deglucion se queda algo de comida en su garganta? _____		
Despues de la deglucion algunos alimentos hacen sentir que necesita toser o siente que se ahoga? _____		
Usted tose con frecuencia? _____		
Es doloroso al deglutir? _____		
Tiene reflujo acido? _____		
Si usted tiene reflujo está tomando medicamento? _____		
Ha tenido evaluaciones anteriores para la deglucion? _____		
Cuáles son sus expectativas de esta clínica? _____		
Firma: _____		Fecha: _____

