

**MILLER SPEECH AND HEARING CLINIC
TEXAS CHRISTIAN UNIVERSITY**

Dirección Postal:
TCU BOX 297450
Fort Worth, TX 76129

Dirección:
3305 W. Cantey
Fort Worth, TX 76129

HISTORIAL MÉDICO (ADULTO)

Fecha en que forma fue completada: _____

Información de Contacto

Nombre del paciente: _____

Fecha de Cumpleaños: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono de:

casa: _____

celular: _____

trabajo: _____

Persona de Contacto: _____

Relación al paciente: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono de:

casa: _____

celular: _____

trabajo: _____

Doctor Primario: _____

Numero de oficina: _____

Dirección _____

Historia Médica y Referencia

¿Por quién fue referido? _____

Razón por la referencia: _____

Diagnosis: _____

¿Fecha de inicio? _____

¿Dónde fue hospitalizado? _____

¿Cuanto tiempo estuvo en el hospital? De _____ (fecha) a _____ (fecha)

¿Recibió servicios de habla y lenguaje? _____ Sí _____ No

Si recibió servicios, por favor provee la siguiente información:

¿Cuánto tiempo estuvo en terapia? De _____ (fecha) a _____ (fecha)

¿Qué a menudo fue visto para terapia? _____

¿Cuáles fueron las metas de su terapia? _____

Otras condiciones médicas: _____

Medicamentos Corrientes: _____

Historial Social

¿Con quien vive? _____

¿Que es su profesión? _____

¿Esta actualmente trabajando? ____ Sí ____ No

¿Planea regresar a su trabajo? ____ Sí ____ No

¿Qué es su nivel de educación más alta? _____

¿Cuáles son sus pasatiempos e intereses? _____

¿Hay un idioma aparte de inglés hablado o escuchando por usted en casa?

____ Sí ____ No

Si respondió 'Sí', por favor provee la siguiente información:

Liste los idiomas que habla (o hablaba antes de la lesión):

¿Cuántos años tenía cuando aprendió cada idioma? _____

¿Qué a menudo hablaba cada idioma antes de la lesión? _____

¿Que a menudo habla cada idioma ahora? _____

¿Que tan bien hablaba cada idioma antes de le lesión? _____

¿Quiere mejorar su habilidad para comunicarse en este idioma?

____ Sí ____ No

Liste el/los idioma(s) que el paciente escucha: _____

Habilidades Comunicativas

	Sí	No
¿Tiene dificultad hablando?		
¿Tiene dificultad entendiendo lo que dicen otras personas?		
¿Tiene dificultad leyendo?		
¿Tiene dificultad escribiendo?		

Por favor describa sus dificultades comunicativas: _____

Por favor describa como sus dificultades comunicativas han afectado su vida diaria (trabajo, relaciones personales, pasatiempos.....): _____

Por favor describa cómo se comunica (palabras, gestos, escritura.....): _____

Por favor describa lo que usted desearía mejorar de su comunicación:

Habilidades Cognitivas

	Sí	No
¿Tiene dificultad con su memoria?		
¿Tiene dificultad poniendo atención?		
¿Tiene dificultad solucionando problemas o con razonamiento?		

Por favor describa sus dificultades cognitivas: _____

Habilidades Sensoriales y de Motor

	Sí	No
¿Tiene debilidad o paralices en un lado de su cuerpo? Si la respuesta es 'sí', marque de cual lado: ____ Derecho ____ Izquierdo		
¿Usa bastón, andador, o silla de ruedas?		
¿Usa lentes de vista o lentes de contacto?		
¿Tiene historia de pérdida auditiva?		
¿Usa cualquier tipo de asistencia auditiva?		
¿Tiene problemas de deglución?		
¿Esta en una dieta especial o una dieta modificada?		

Preocupaciones Adicionales

¿Tiene usted cualquier otra preocupación que no fue dirigida en este formulario? Si lo tiene, por favor escríbalo. _____
