

*CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601***Fecha:** _____

BIENVENIDO A NUESTRA CLÍNICA. Para ayudarnos a darle atención, complete o encierre en un círculo las respuestas de la mejor manera posible.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Edad:** _____**Sexo:** Masculino / Femenino

Médico remitente: _____ PCP: _____

Idioma principal: _____ Entiende inglés ☐ SÍ ☐ NO Se necesita intérprete: ☐ SÍ ☐ NO

Correo electrónico: _____

Persona que completa este formulario: ☐ El paciente ☐ Otro _____

Describa el motivo de su visita (lesión, operación o inicio de los síntomas): _____

☐ Inicio reciente ☐ Recurrente ☐ Empeora ☐ Mejora Fecha de inicio de los síntomas: _____

¿Usa alguno de los siguientes dispositivos de apoyo?

☐ Silla de ruedas ☐ Andador ☐ Bastón ☐ Aparatos auditivos ☐ Anteojos/lentes correctivos¿Actualmente usa oxígeno? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió SÍ, ¿cuántos litros y con qué frecuencia? _____

El establecimiento de objetivos es necesario para ayudar con el tratamiento y justificar la necesidad médica. Su opinión es esencial.

Haga una lista de las actividades que actualmente no puede hacer debido a su lesión/enfermedad: _____

Mencione sus objetivos para la terapia: _____¿Está recibiendo servicios médicos de algún tipo en casa? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió SÍ, ¿qué servicios? _____¿Ha recibido fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla en los últimos 60 días? ☐ SÍ ☐ NO

CUÁNDO Y CUÁNTO TIEMPO: _____

¿DÓNDE? ☐ Atención médica en casa ☐ Centro de enfermería especializada ☐ Hospital ☐ Otro _____¿Ha visitado a algún otro especialista? ☐ SÍ ☐ NO ¿Quién? _____



REGISTRO PARA TERAPIA DEL HABLA

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

EDUCACIÓN/EMPLEO

Nivel de educación: ☐ Escuela secundaria ☐ Universidad ☐ GED ☐ Otro _____

☐ Trabaja (de tiempo completo/tiempo parcial) fuera de casa

☐ Desempleado

☐ Con discapacidad (motivo):

☐ Trabaja (de tiempo completo/tiempo parcial) desde casa

☐ Estudiante

☐ Restricciones laborales:

☐ Jubilado

☐ Persona
dedicada a la casa

Ocupación: _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Nombre del cónyuge o pareja: _____

¿Quién vive en la casa? _____

Historia social

¿Fuma actualmente? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió No, ¿antes? ☐ SÍ ☐ NO

Años que fumó: _____ Paquetes/día: _____

¿Consume otros productos de tabaco (incluyendo vapeadores)? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió SÍ, ¿con qué frecuencia al día? _____

¿Consume alcohol? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió SÍ, tragos/semana: _____

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

HISTORIA MÉDICA

¿Alguna vez le han diagnosticado algo de esto? Mencione los medicamentos correspondientes junto a cada diagnóstico marcado o debajo de este.

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ ADD/ADHD | ☐ Dilatación esofágica | ☐ Miastenia grave |
| ☐ Asma | ☐ Parálisis del nervio facial | ☐ Cirugía de cuello o fusión cervical |
| ☐ Alzheimer/demencia/pérdida de la memoria | ☐ Fracturas | ☐ Marcapasos |
| ☐ Autismo | ☐ GERD/reflujo | ☐ Enfermedad de Parkinson/enfermedad de Huntington |
| ☐ Bronquitis | ☐ Guillain-Barre Syndrome | ☐ Embolia pulmonar/coágulos/ de sangre/DVT |
| ☐ Cáncer: si respondió Sí, ¿de qué tipo? _____ | ☐ Lesión en la cabeza | ☐ Neumonía |
| ☐ Activo O ☐ En remisión | ☐ Pérdida auditive | ☐ Convulsiones/epilepsia |
| ☐ Parálisis cerebral infantil | ☐ Problemas cardíacos: CHF/CAD | ☐ Dificultades para dormir |
| ☐ Dependencia de sustancias químicas | ☐ Hepatitis | ☐ Derrame cerebral/CVA/TIA |
| ☐ Paladar hendido | ☐ Presión alta | ☐ Lupus |
| ☐ COPD/ enfisema | ☐ Enfermedades de los riñones | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Diabetes | ☐ Laringitis crónica | ☐ Problemas de la tiroides |
| ☐ Degenerative Disc Disease | ☐ Meningitis | ☐ Problemas de la vista |
| ☐ Disfagia/dificultad para tragar | ☐ MRSA / Cdiff / VRE / HIV | ☐ Cambios en la voz |
| ☐ Infecciones de oído | ☐ Esclerosis multiple | ☐ Otro _____ |
| | ☐ Distrofia muscular | |

Historia de operaciones: _____

Alergias (medicamentos, comida, etc.) _____

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

HISTORIA DEL HABLA-LENGUAJE

SÍNTOMA	NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE
Dificultad para tragar			
Dificultad para expresar pensamientos			
Dificultad para que los demás le entiendan			
Dificultad para entender lo que le dicen los demás			
Orientación/memoria			
Resolución de problemas			
Concentración/atención			
Lectura/ Escritura			
Dificultad para encontrar palabras			
Mantener el tema de conversación			
Habla fluida (tartamudeo)			
Seguir instrucciones			
Debilidad motora oral (dificultad para coordinar la lengua, las mejillas, los labios, etc.)			
Dificultades de la voz			
¿Tiene alguna otra dificultad que no se haya mencionado arriba? _____			

CHRISTUS Good Shepherd Health System 700 E. Marshall Ave., Longview, Texas 75601

¿Cuál cree que es su mayor problema en este momento? (Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan abajo)

Actividades diarias: Vestirse/bañarse/cocinar/seguridad/traslados/comunicación/comer o tragar

Tareas domésticas: Limpieza/lavandería/cuidado del jardín/compras/cuidado infantil/computadora/teléfono/escaleras/cuestiones de economía

Actividades en la comunidad: Compras/conducir auto/comer fuera/escaleras/bordillos/citas/transporte público

Trabajo: ¿Qué actividades? _____

Recreación: Deportes/pasatiempos/costura/jardinería/juegos/viajes/carpintería/caza

Otro: _____

¿Recibe alimentación suplementaria? ☐ SÍ ☐ NO

Tipo de alimentación complementaria: _____ ¿Cuánto?: _____

Horario de alimentación: _____

Aumento/pérdida de peso: _____

Otros comentarios: _____
