

San Diego State University / Universidad Estatal de San Diego
Speech – Language Clinic / Clinica del Habla y Lenguaje
5500 Campanile Drive
San Diego, CA 92182-1518
(619) 594-7747

Formulario de solicitud inicial para adultos: habla / lenguaje / cognición

Complete la solicitud lo más completo posible. No hay que completar las preguntas que no se apliquen a usted. Gracias.

Fecha de aplicación _____

1. Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

2. Dirección _____
(Número, Calle, Ciudad, y Código Postal)

3. Teléfono de casa _____ Teléfono celular / del trabajo _____ Correo electrónico _____

4. Persona de contacto _____ Relación _____
Dirección (si es diferente) _____ Teléfono _____

5. Persona que llena este formulario _____
Relación con el solicitante _____ Teléfono _____

6. ¿Quién le refirió a la clínica? _____

Información del solicitante

7. Motivo para solicitar servicios (marque todos los que correspondan)

Afasia	_____	Fluidez / tartamudeo	_____
Problemas de memoria	_____	Problemas de voz	_____
Problemas cognitivos	_____	Problemas de aprendizaje de lenguaje	_____
Problemas del habla	_____	Modificación de acento	_____
		¿Cuántos años tenía cuando vino a los Estados Unidos?	_____

8. ¿El problema de comunicación del solicitante es causado por una condición médica? Sí _____ No _____

9. Si la respuesta al # 8 es sí, conteste a las siguientes preguntas:

9a. El solicitante tuvo derrame cerebral lesión cerebral otro _____

9b. Fecha cuando ocurrió _____ Edad que tenía entonces _____

9c. Hospital (cuidado intensivo) _____ Médico que tenía entonces _____

9d. Sitio de rehabilitación _____

10. Describa completamente la naturaleza de los problemas de comunicación del solicitante: _____

11. El solicitante presenta con: Debilidad del lado derecho / parálisis Debilidad del lado izquierdo / parálisis

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

¿Usa lentes el solicitante? _____ ¿Ha tenido un examen de la vista desde el incidente? Sí No

¿Tiene una pérdida auditiva? ____ ¿Usa un audífono? ____ Oído derecho Oído izquierdo

Lateralidad (antes del incidente): Derecha Izquierda

12. Usa el solicitante una silla de ruedas? ____ un andador? ____ un bastón? ____

13. ¿Ha tenido el solicitante una tomografía computarizada (CT) o resonancia magnética cerebral (MRI)? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? _____

14. ¿Hay antecedentes de alguno de los siguientes?

	Sí	No	Describa:
Trastorno de comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deterioro de la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lesión cerebral previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Derrame cerebral previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas escolares / de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

15. Idioma principal del solicitante: _____ Otros idiomas utilizados: _____

16. Si el solicitante no es hablante nativo de inglés, indique los ámbitos afectados por su nivel de inglés:
Empleo _____ Interacciones sociales _____ Educación _____

17. Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

18. Número de hijos: _____

19. ¿Cuál es el nivel de educación más alto del solicitante? _____

Diploma recibido, campo de estudio, fecha de graduación: _____

20. ¿Está el solicitante actualmente empleado? Sí No En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre / lugar del empleador: _____

Título del trabajo: _____ Tiempo empleado: _____

Si no, escriba el lugar y duración (número de años) del empleo anterior:

21. Escriba los intereses, pasatiempos y actividades recreativas del solicitante _____

22. ¿Quién vive actualmente en casa con el solicitante?

Nombre _____ Edad _____ Relación _____

Mascotas _____

Historial Médico

23. ¿Ha tenido el solicitante un examen médico en los últimos 12 meses? Sí No
En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre del médico: _____ Tipo de médico (especialista): _____

Dirección del médico: _____

24. ¿Ha tenido el solicitante un examen neuropsicológico? Sí No
En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Resultado de las pruebas: _____

25. Ha recibido el solicitante terapia del habla o lenguaje? Sí No

En caso afirmativo, indique cuándo (fechas): _____, dónde _____,

Nombre del terapeuta e información de contacto _____

26. ¿Hay otra información que deberíamos saber acerca del historial médico, social, o comunicativo del solicitante?

¡Gracias por ser tan completo!
