
BYU Clínica del Habla y el Lenguaje

Gracias por seleccionar la Clínica del Habla y el Lenguaje de la Universidad Brigham Young para ayudarlo a resolver sus necesidades del habla y la comunicación. Deseamos comunicarle que somos una clínica de enseñanza que requiere que nuestros clientes sean admitidos en base a las necesidades clínicas de nuestros estudiantes de posgrado. Llenar este formulario es el primer paso del proceso de admisión. Recibirá una notificación acerca del estado de su solicitud de admisión y requisitos adicionales por correo electrónico.

Formulario de admisión para adultos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Género: _____

Número telefónico: (casa) _____ (celular) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Recomendado(a) por: _____ Número telefónico: _____

Método de contacto preferido: Mensaje de texto Llamada telefónica Correo electrónico

Derrame cerebral Lesión cerebral Dificultades para pasar los alimentos Desórdenes de la voz

Dificultades cognitivas (memoria, atención etc.) Dificultades de comunicación

Otras _____

Describa sus preocupaciones acerca del habla-lenguaje, voz o dificultad para pasar alimentos: _____

¿Cuándo se dio cuenta de este problema? _____

¿Ha recibido algún tratamiento anteriormente? (Describa dónde, cuándo, y por cuánto tiempo) _____

¿Sufre de otras condiciones médicas? _____

¿Ha tenido cualquiera de lo siguiente?

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Encefalitis |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Gripe/Resfríos | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Enumere las medicinas que está tomando actualmente: _____

Describa las cirugías y hospitalizaciones que ha tenido: _____

Proporcione información adicional que sería útil para nosotros durante el proceso de evaluación: _____

Persona que llena el formulario: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe este formulario completo a: Brigham Young University
Speech and Language Clinic
At.: Sandy Alger
136 TLRB
Provo, UT 84602