

Cuestionario de diagnóstico de la voz

Nombre: _____ médico de referencia: _____
 fecha de nacimiento: _____ diagnóstico: _____
 dirección: _____ número de teléfono: _____
 Email: _____

¿Cuál es su objetivo respecto a su problema o condición: _____

¿Tiene una cita de seguimiento programada con su médico de referencia ? Si es así , indique la fecha y la hora: _____

Historia:

Ocupación: _____

¿Cuándo comenzó su problema de voz? _____

¿Comenzó el problema de voz repentina o gradual? _____

Describe su problema de voz en sus propias palabras _____

Por favor, compruebe todos los síntomas siguientes que se aplican a usted:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Sin aliento <input type="checkbox"/> | Voz demasiado alto <input type="checkbox"/> | Aspereza <input type="checkbox"/> |
| De voz demasiado suave <input type="checkbox"/> | sabor amargo o metálico después de despertarse <input type="checkbox"/> | voz temblorosa <input type="checkbox"/> |
| calidad de voz grave <input type="checkbox"/> | Susurrar solamente (pérdida total de la voz) <input type="checkbox"/> | dolor de garganta <input type="checkbox"/> |
| calidad de voz duro <input type="checkbox"/> | calidad de la voz rasposa <input type="checkbox"/> | Esfuerzo para hablar <input type="checkbox"/> |
| carraspeo crónica <input type="checkbox"/> | fatiga vocal <input type="checkbox"/> | Tos crónica <input type="checkbox"/> |
| Mal aliento <input type="checkbox"/> | Nasalidad <input type="checkbox"/> | Peor voz cuando se despierta <input type="checkbox"/> |
| voz se quiebra <input type="checkbox"/> | respiración ruidosa <input type="checkbox"/> | Voz demasiado alto <input type="checkbox"/> |
| roturas de tono <input type="checkbox"/> | El exceso de mucosidad de la garganta <input type="checkbox"/> | La caries dental <input type="checkbox"/> |
| Aumento o goteo nasal del poste crónica <input type="checkbox"/> | | |
| Sensación de cuerpo extraño en la garganta <input type="checkbox"/> | | |
| Voz demasiado baja o profunda <input type="checkbox"/> | | |
| Dificultad para hablar en voz alta <input type="checkbox"/> | Acidez <input type="checkbox"/> | bronquitis crónica <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para hablar en voz baja <input type="checkbox"/> | Indigestión <input type="checkbox"/> | |

Hubo algún eventos o condiciones que se asocian con la aparición de su problema de voz ? (

Marque todo lo que corresponda y describa a continuación)

NINGUNA

dificultad para tragar/passa de saliva

El aumento del uso de voz

infección del tracto respiratorio superior (frío / gripe)

Estrés emocional

Cirugía

abuso de la voz (gritando / gritando)

Lesiones (traumatismos)

Otro (especifique: _____)

Describir: _____

Por favor explique cualquier problema de voz similares en el pasado:

¿Usted siente que se necesita esfuerzo para hablar ? SI NO En caso afirmativo , explique cuando esto ocurre y el tiempo que dura _____

¿su voz ha vuelto a la normalidad en cualquier momento desde que comenzó el problema? SI NO En caso afirmativo , describa cuánto tiempo y con qué frecuencia normal de voz está presente

: _____

¿El problema empeora cuanto más se habla? SI NO

Qué reposo de la voz ayudar a su voz? SI NO

Mi voz es peor en el: Manana Tarde Noche

Es su voz peor durante ciertas épocas del año? Primavera Verano Otoño Invierno

¿Hay algo que ayuda o perjudicar su voz? _____

Haga una lista de todas las actividades vocales que no se puede hacer secundaria a este trastorno de la voz: _____

¿Puede hacerse oír sobre el ruido ambiental ?SI NO

¿Otros preguntan que se repita? SI NO

Lo que más le molesta acerca de su problema de voz? _____

¿Participa en un menor número de actividades sociales desde que comenzó su dificultad actual? SI NO

En caso afirmativo , explique: _____

el problema ha interferido con cualquier actividad de trabajo (remunerado o voluntario?) SI NO

En caso afirmativo , explique: _____

En comparación con su problema de voz recientes , cómo suena hoy su voz? (Circule uno) típica , algo mejor , mucho mejor , algo peor , mucho peor

¿Con qué frecuencia experimenta síntomas de reflujo? Diario Semenal Mensual

Cuando se produce el reflujo , ¿cómo lo tratas? _____

¿Tiene algún dolor y / o la tensión en la mandíbula , el cuello o los hombros ?SI NO Si es así , por favor marque uno para describir : Dolor agudo, punzante, dolor muscular, sordo o un dolor en bruto

¿Alguna vez ha tenido una cirugía para esta o cualquier otra condición relacionada con la voz? SÍ NO

En caso afirmativo , indique las fechas, ubicación, terapeutas y los resultados de la terapia. _____

¿Ha tenido algún problema de asfixia o de la deglución? SI NO En caso afirmativo , explique con qué frecuencia, cuándo y con qué alimento o bebida consistencias. _____

¿Tiene dolor al tragar/passa de saliva? SI NO

¿Ha tenido alguna cirugía reciente? SI NO En caso afirmativo , explique. _____

¿Ha tenido lesiones en el cuello recientes?- SI NO En caso afirmativo , explique. _____

¿Alguna vez ha trabajado en torno a los humos tóxicos (gases, pinturas, productos químicos)? SI NO En caso afirmativo , explique _____

Lista actual de problemas neurológicos (diagnósticos y fechas). _____

¿Tiene una conocida pérdida de audición (diagnosticado)? SI NO

En caso afirmativo, ¿verdad o ha usado audífonos? SI NO

Historia Social:

Círculo uno: Estoy _____ casada _____ sola _____ viuda

Vives solo? SI NO Si no, con quien? _____

Tiene hijos? SI NO Si es así, indique cuántos y si tiene nietos . _____

Por favor escriba su nivel de educación. _____

Salud Médico General :

Artritis

presión arterial alta

Depresión

Riñón aparición de asma (adulto / infantil / vejiga)

Enfermedad

problemas de sangrado

enfermedad hepática derrame cerebral

La bronquitis y la enfermedad pulmonar

Trastornos gastrointestinales (hernia)

azúcar en la sangre (alta / baja)

Conjunto / Hueso Enfermedad

Enfermedad de úlceras, colitis , etc.)

Diabetes (adulto / inicio en la infancia)

Tuberculosis

Enfermedad sinusal

Trastorno del Endocrino

Cancer

Los dolores de cabeza

Enfermedad de tiroides

Las enfermedades del corazón

Trastornos neurológicos

Otro: _____

¿Tiene alergias a los alimentos ? ¿Drogas? Ambientes ? _____

sólo para mujeres:

Estas embarazada? SI NO

¿Usted ha pasado por la menopausia? SI NO

¿Tiene ciclos menstruales regulares? SI NO

En caso afirmativo, indique el período más reciente. _____

¿Cambia la voz durante su ciclo menstrual? SI NO En caso afirmativo, describa. _____

uso vocal:

* Por favor, conteste las siguientes preguntas utilizando esta escala : 0 = ninguno, 1 = menos de la media , 2 = medio , 3 = más que la media

Por qué gritas (no necesariamente en ira, por ejemplo, en un evento deportivo o mientras se trabaja en un entorno ruidoso) ? 0 1 2 3

¿Usted levanta su voz (por ejemplo crianza , llamando desde una habitación a otra , etc.) ? 0 1 2 3 ¿Habla por largos períodos de tiempo sin un descanso (maestro o cantante) ? 0 1 2 3

¿Es usted un " hablador" ? 0 1 2 3

Cómo se aclara la garganta? 0 1 2 3

¿Usted tose? 0 1 2 3 ¿Cantas? 0 1 2 3

En caso afirmativo, explain. _____

¿Con qué frecuencia se utiliza el teléfono 0 1 2 3

¿Lo haces imitaciones, voces de los personajes o los efectos de sonido poco habituales ? 0 1 2 3

En caso afirmativo, explique . _____

Por favor liste cualquier pasatiempos y actividades que le gustan. _____

¿Usted el gruñe cuando se hace ejercicio? SI /NO

¿Habla cuando se está estresado? SI /NO

¿Habla cuando se está cansado? SI /NO

¿Habla en un tono bajo? SI /NO

¿Habla en un tono alto? SI /NO

¿Habla cuando está enfermo con cualquier tipo de infección del tracto respiratorio superior? SI /NO

Higiene de la voz :

Cual es tu peso actual? _____ lbs

Por favor, enumere la cantidad de estos procedimientos que bebe en onzas por día. 1 taza / vidrio = 8 oz.

Water _____ Cafe _____ Te _____ Soda _____ Energía Drinks _____ Leche _____ Jugo _____

Bebidas de Deportes _____ Otros (especificar) _____

Puedo beber bebidas alcohólicas (circule uno) diario semanal Rara vez Nunca

Cantidad en onzas: Cerveza _____ Wine _____ licor _____

¿Está utilizando actualmente los productos del tabaco? SI /NO En caso afirmativo, ¿qué tipo de _____

¿Cuánto (paquetes / latas / etc .) Por día? _____ Por cuanto tiempo? _____

¿Usted ha utilizado los productos de tabaco en el pasado? SI /NO En caso afirmativo , ¿qué tipo de _____

¿Cuánto (paquetes / latas / etc .) Por día? _____ Por cuanto tiempo? _____ Fecha de cese _____

¿Está expuesto a humo de segunda mano? SI /NO En caso afirmativo , explique. _____

¿Utiliza productos que contienen mentol? SI /NO En caso afirmativo , explique. _____

¿Toma suplementos de vitamina C? SI /NO En caso afirmativo , explique. _____

¿Usa drogas recreativas? SI /NO En caso afirmativo , indique el tipo, la cantidad y la frecuencia. _____

Por favor, enumere los medicamentos actuales (over the counter y la prescripción.)

_____ **NINGUA**

Medicación	Condición
1. _____	for _____
2. _____	for _____
3. _____	for _____
4. _____	for _____
5. _____	for _____
6. _____	for _____
7. _____	for _____
8. _____	for _____
9. _____	for _____
10. _____	for _____

¿Quieres este informe enviado a cualquier persona que no sea el médico de referencia? Si es así, por favor escriba el nombre e información de contacto.

Firma del paciente

Fecha

ÍNDICE DE SINTOMAS DE REFLUJO (RSI)

POR FAVOR CALIFIQUE COMO LOS PROBLEMAS SIGUIENTES LE HAN AFECTADO EN EL MES PASADO, UTILIZANDO UNA ESCALA DE CERO A CINCO, DONDE:

0= NO HAY PROBLEMA Y 5=GRAVE PROBLEMA.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Voz ronca o un problema con la voz | 0 1 2 3 4 5 |
| 2. Aclarar la garganta | 0 1 2 3 4 5 |
| 3. Mocos en la garganta Excesos o goteo nasal | 0 1 2 3 4 5 |
| 4. Dificultad para tragar los alimentos, líquidos o pastillas | 0 1 2 3 4 5 |
| 5. Tos después de comer o después de acostarse | 0 1 2 3 4 5 |
| 6. Dificultades para respirar o episodios de asfixia | 0 1 2 3 4 5 |
| 7. Tos molesta | 0 1 2 3 4 5 |
| 8. Sensaciones de algo que se pega en la garganta,
o un bulto en la garganta | 0 1 2 3 4 5 |
| 9. El ardor de estómago, dolor de pecho, indigestión, o el ácido
del estómago que sube | 0 1 2 3 4 5 |

TOTAL: _____

Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI).

J Voice. 2002 Jun;16(2):274-7.

Part II-P

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Me quedo sin aire cuando hablo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. El sonido de mi voz varía a lo largo del día. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. La gente se pregunta, "¿Qué pasa con tu voz?" | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Mi voz suena crujen y seco. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me siento como si tuviera que esforzarse para producir la voz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. La claridad de la voz es impredecible. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Trato de cambiar mi voz para que suene diferente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Yo uso un gran esfuerzo para hablar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Mi voz es peor en la noche. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Mi voz "reparte" en mí en medio de hablar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Part III-E

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Estoy tenso cuando habla con otros debido a mi voz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. La gente parece irritado con mi voz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me parece que otras personas no entienden mi problema voz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Mi problema voz me molesta. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Estoy menos saliente debido a mi problema de voz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mi voz me hace sentir discapacitados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me siento molesto cuando la gente me pregunta a repetir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Siento vergüenza cuando la gente me pregunta a repetir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Mi voz me hace sentir incompetente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Estoy avergonzado de mi problema de voz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

*The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation
Jacobsen B, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger M
American Journal of Speech-Language Pathology, Vol 6(3), 66-70, 1997*

*The Voice Handicap Index is reprinted with permission from all of the authors and ASHA.
Copyright 1997-2001 American Speech-Language Hearing Association.*

Su Consentimiento Para Realizar Videostroboscopia

Nombre: _____

Por este medio de consentimiento y autorización a la realización de videoestroboscopia para la evaluación de la estructura de las cuerdas vocales y el funcionamiento de realizarse a Fort Worth ENT.

Initial: _____

Doy mi consentimiento para administrar anestesia local, si es necesario. No tengo alergias conocidas ni condiciones médicas que prohíben el uso de anestesia local.

Initial: _____

El propósito y la naturaleza de los procedimientos y los riesgos potenciales involucrados han sido explicados. Los riesgos potenciales incluyen una reacción alérgica a la anestesia local, sangrado o malestar temporal (sólo endoscopia transnasal). No hay garantía o seguridad por cualquier persona en cuanto a los resultados que pueden obtener.

Initial: _____

Entiendo que toda la información relativa a los servicios en el Fort Worth ENT se mantiene confidencial y será puesto a disposición de otro personal profesional sólo después de que he firmado una autorización para enviar el formulario de Información del autorización.

Initial: _____

Fort Worth ENT en alianza podrán participar en proyectos de investigación para ampliar el conocimiento de los resultados clínicos en el tratamiento y la evaluación de los trastornos de la voz. Además, entiendo que el audio cintas de vídeo de las sesiones y otra información del caso se pueden utilizar en estos proyectos de investigación. Si opto por no haber incluido en la información de mi investigación, yo no tengo que poner mis iniciales aquí.

Initial: _____

Firma del cliente / padre o tutor

Fecha firmada