

Formulario de Admisión a Grupo de Terapia de Habla

Joseph B. O'Neal, Jr. Stroke Center

Hola,

Mi nombre es Jennifer Ostergren. Yo soy una patólogo de habla y lenguaje (SLP). Usted me puede llamar Jennifer, Jenn, Doctora. O, o Doctora Ostergren (el que sea más fácil para usted). Enseño en la Universidad Estatal de California, Long Beach (CSULB) y me especializo en el tratamiento de personas con lesiones cerebrales. Estoy muy emocionada de estar ofreciendo sesiones de grupo de terapia del habla. Abajo hay un cuestionario que me ayuda a conocerle. Siéntase libre de tener a alguien que le ayude a completar este formulario, si es necesario. También puedo ayudarle cuando nos encontremos. Espero contar con su presencia y que se una al grupo.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____

¿Qué nombre debo de tomar en nuestras sesiones de grupo: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha y la naturaleza de su lesión cerebral (accidente cerebrovascular, lesión cerebral traumática, etc.). Si usted ha tenido más de una lesión, indique y explique cada uno.

¿Tiene debilidad en un lado o lados de su cuerpo? SI NO

¿De qué lado y parte(s) de su cuerpo es/son débil(e)s)? _____

Idioma principal: _____

Lenguaje (s) Adicional (s): _____

Elementos que utiliza para la Asistencia. *Marque todas las que apliquen.*

Gafas **para leer**

Gafas **par aver de distancia**

Audífono

Silla de ruedas

Walker, bastón, etc

Cuaderno de comunicación

Computadora o dispositivo de comunicación

Otro: _____

Otro: _____

¿Tiene convulsiones u otras condiciones médicas que deba saber? *Por favor describa.*

AFICIONES/HOBBIES

Háblame de las cosas que le gusta hacer. _____

PERSONALIDAD

¿Cómo describiría su personalidad? Por ejemplo, ¿está usted saliente, tímido, divertido, serio, cariñoso, loco, reflexivo, pensador, etc.

TRABAJO (pasado o presente) ¿Qué hizo usted (o usted hace actualmente) para ganarse la vida? _____

ESCUCHAR

¿Es difícil para usted entender LO QUE DICEN LOS DEMÁS? Circule uno.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muy difícil



Muy Fácil



HABLAR

¿Es difícil para usted a hablar? Circule uno.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muy difícil



Muy Fácil



¿Qué situaciones de habla son más difíciles para usted? Marque todas las que apliquen.

- Hablar por teléfono
- Conversaciones con familiares o amigos
- Las conversaciones con extraños
- Las discusiones sobre asuntos personales
- Operaciones intracomunitarias (banco, farmacia, agencia de viaje, conductor de autobús, etc)
- Restaurantes
- Configuración Médico / Medical
- Trabajar
- Dar direcciones/instrucciones
- Otro: _____
- Otro: _____
- Otro: _____
- Otro: _____

HABLAR (continuación)

¿De qué cosas te gustaría hablar? Estos pueden ser temas sobre los que le gustaria hablar en el grupo, en casa, en su comunidad, con su familia / amigos, y así sucesivamente.

Marque todas las que apliquen.

- Historias divertidas sobre sus hijos
- Sus aventuras como un niño(a) pequeño(a) / crecimiento
- Citas y/o casarse / casamiento
- El estar en los militares
- Sus peores trabajos
- Su trabajo / carrera más importante
- Mudanza o viajes
- Hobbies o intereses únicos: _____
- Antecedentes familiares / ascendencia / genealogía
- Eventos de Actualidad
- Deportes
- Política/la economía/el gobierno
- El tiempo
- Alimentos/restaurants favoritos
- Mi casa / Casa de ciudad / cosas que arreglar
- Mi carrera y / o otros problemas médicos
- Otra _____
- Otro: _____
- Otro: _____
- Otro: _____
- Otro: _____

LECTURA

¿Qué tan difícil es para usted leer? *Circule uno.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muy difícil



Muy Fácil



¿Qué tipo de materiales le gusta leer? *Marque todas las que apliquen.*

Revistas populares. ¿Qué títulos: _____

El periodico. Secciones: _____

Cartas Personales

Artículos Profesionales o revistas

Temas de ficción: _____

Temas no ficción: _____

Correo Electrónico

Otra _____

Otro: _____

Otro: _____

Otro: _____

ESCRITURA

¿Qué difícil es **ESCRIBIR** para usted? *Circule uno.*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muy difícil



Muy Fácil



¿Qué tipo de cosas te gustaría escribir? *Marque todas las que apliquen.*

- Las listas de cosas para comprar o citas para recordar
- Facturas y formas
- Tarjetas
- Cartas personales breves
- Cartas largas
- Historias
- Los documentos comerciales (cartas, solicitudes, manuscritos)
- Revistas o entradas de diario
- Correo electrónico
- Otra _____
- Otra _____
- Otra _____