



Formulario de Admisión para Adultos

1. Información del paciente

Nombre del paciente / Pronombres:

Fecha de nacimiento:

Mejor correo electrónico:

Mejor número de teléfono:

Referido por:

Proveedor remitente y motivo de la remisión:

Proveedor de atención primaria (nombre/consultorio):

Profesión del paciente:

2. Áreas problemáticas (marque todas las que correspondan)

- ☐ Respiración: Nariz / Boca / Congestión crónica / Alergias / Asma / Falta de aire / Hiperventilación / Dificultad para respirar al hablar:

- ☐ Sueño: Calidad del sueño / Apnea obstructiva del sueño (OSA) / UARS / Ronquidos / Respiración bucal / Dormir por separado:

☐ Alimentación: Higiene oral / Limpieza de dientes / Dientes / Náusea fuerte / Deglución / Atragantamiento / Digestión / Frenillo lingual corto / Ortodoncia prolongada:

☐ Habla: Lenguaje / Articulación / Habla poco clara / Voz / Fluidez / Tartamudez:

☐ Sensaciones: Oídos / Postura / Disfunción de la ATM / Dolor o tensión en cara/cuello/hombros / Ansiedad / TDAH / ADD / Memoria / Salud mental:

☐ Otro:

3. Historia médica

Consultas y diagnóstico con otorrinolaringología (fecha, hallazgos):

Resultados de estudios del sueño:

Antecedentes familiares de problemas relacionados:

Medicamentos (puede proporcionar lista o foto):

Suplementos:

Cirugías (tipo/fecha):

Accidentes, hospitalizaciones, enfermedades:

Especialistas consultados (circule todos los que correspondan):

Audiólogo / Fisioterapeuta (PT) / Terapeuta del habla (SLP) / Terapeuta ocupacional (OT) / Psicólogo / Otorrino (ENT) / ATM / Ortopedista / Nutricionista / Naturópata / Alergólogo / Otro:

Nombres y fechas de especialistas:

4. Salud dental y oral

Nombre y consultorio del dentista:

Hábitos/herramientas actuales de higiene oral:

Circule todos los que correspondan: Disfunción de la ATM / Rechinar los dientes / Apretar /

Caries excesivas / Ortodoncia prolongada / Aparatos orales / Enfermedad de las encías /

Halitosis

Describa el dolor/malestar:

5. Habla, voz y aspectos sociales

Descripción del habla: Clara / Poco clara / Arrastrada / Tartamudez / Respiración bucal /

Hipernasal / Hiponasal / Fuerte / Suave / Otro:

Social: Interactúa bien / Ansioso(a) / ADD / TDAH / Prefiere estar solo(a) / Diferencias en la comunicación social (TEA, Asperger, TOD)

Rendimiento académico/laboral: Bajo / Promedio / Superior al promedio / Dificultad de aprendizaje / Problemas de lectura / Problemas en matemáticas

6. Atención coordinada

Enumere todos los médicos/profesionales en su equipo de atención coordinada (dentista, PCP, ortodoncista, etc.):

☐ Autorizo la comunicación con mi equipo de atención coordinada.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____