



Michael H. Bertino, M.D. Harry Schilling, M.D., F.A.C.S. Stephen Talley, M.D., F.A.C.S.
Gilbert M. Ruiz, M.D., F.A.C.S. Robert P. Spears, M.D., F.A.C.S. Patrick N. Brown, M.D. Devang P. Desai, M.D., F.A.C.S.
Daniel J. Fleming, M.D. Richard K. Newman, M.D., F.A.C.S. Nathan W. Hales, M.D. F.A.C.S. David M. Gleinser, M.D.
Viet Pham, M.D. Christopher York, M.D. Eugene Son, M.D.

CENTRO DIAGNOSTICO **CUESTIONARIO DE VOZ Y DEGLUCIÓN**

Nombre: _____

Fecha: _____

Marque cualquiera de los siguientes síntomas que se apliquen a usted:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ahogar/toser con líquidos | <input type="checkbox"/> Perdida de volumen de su voz | <input type="checkbox"/> Exceso de flema |
| <input type="checkbox"/> Ahogar/toser con comida solida | <input type="checkbox"/> Voz jadeante | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Alimentos pegados en la garganta | <input type="checkbox"/> Fatiga vocal | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar pastillas | <input type="checkbox"/> Rango reducido al cantar | <input type="checkbox"/> Goteo pos nasal |
| <input type="checkbox"/> Dolor al tragar | <input type="checkbox"/> Ya no puede cantar | <input type="checkbox"/> Sabor amargo/acido en la boca |
| <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Sensación de tener algo atrapado en la garganta |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta | <input type="checkbox"/> Carraspeo frecuente de la garganta | |

¿Cuándo empezaron sus síntomas? _____ **Días / semanas / meses / años atrás**

¿Comenzaron de manera gradual o repentina? Inicio gradual Inicio repentino

¿Sucedió algo/algó cambio durante el tiempo que sus síntomas comenzaron (cirugía, enfermedad, cambio de medicamento, dieta, estrés, etc.)?

Explique:

Historial Médico: Por favor marque cualquier problema médico que tenga o haya tenido:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas:
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral/ CVA / TIA
<input type="checkbox"/> Miastenia Gravis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson's
<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple
<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica | <input type="checkbox"/> Trastornos Respiratorios
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> COPD/Enfisema
<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Presión alta
<input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales
<input type="checkbox"/> Reflujo
<input type="checkbox"/> Hernia hiatal
<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Cirugías en la región de la cabeza/cuello
<input type="checkbox"/> Lesiones en la región de la cabeza/cuello | <input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedad de riñones
<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Otros: |
|--|---|---|---|

Historial Social:

- ¿Utiliza actualmente alguno de los siguientes productos de tabaco? Si No Previamente
 Cigarro Cigarrillo Pipa Tabaco de mascar ¿Cuánto?: _____
- ¿Consumo alcohol ahora? Si No
- ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume al día? _____
- ¿Cuántas tasas de bebidas con cafeína (café, té, soda) se toma por día? _____
- ¿Cuántos vasos de agua se toma cada día? _____

¿Durante el **mes pasado**, cómo le han afectado los siguientes problemas?

0= No Hay Problema 5= Problema Grave

La ronquera o un problema con su voz	0	1	2	3	4	5
Carraspear la garganta	0	1	2	3	4	5
Exceso de mucosidad en la garganta o goteo retrorinal	0	1	2	3	4	5
Dificultad tragando alimentos, líquidos, o pastillas	0	1	2	3	4	5
Tos después de comer o después de acostarse	0	1	2	3	4	5
Dificultades para respirar o episodios de ahogamiento	0	1	2	3	4	5
Tos molesta	0	1	2	3	4	5
Sensación de algo atorado en la garganta o un nudo en la garganta	0	1	2	3	4	5
Ardor de estómago, dolor de pecho, indigestión, o sentir ácido del estómago subiendo	0	1	2	3	4	5
RSI	TOTAL:					(>13)

SI USTED TIENE PROBLEMAS DE LA VOZ POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

¿Durante la **semana pasada**, cómo le han afectado los siguientes problemas?

0= Nunca	1=Casi nunca	2= A veces	3=Casi siempre	4= Siempre	
1. Mi voz hace que sea difícil para que la gente me escuche	0	1	2	3	4
2. La gente tiene dificultades para entenderme en un ambiente ruidoso	0	1	2	3	4
3. La gente pregunta, "¿Qué pasa con tu voz?"	0	1	2	3	4
4. Me siento como si tuviera que esforzarme para producir la voz	0	1	2	3	4
5. Mis dificultades de voz restringen mi vida personal y social	0	1	2	3	4
6. La claridad de mi voz es impredecible	0	1	2	3	4
7. Me siento excluido/a de las conversaciones a causa de mi voz	0	1	2	3	4
8. Mi problema de voz me hace perder ingresos de trabajo	0	1	2	3	4
9. Mi problema de voz me molesta	0	1	2	3	4
10. Mi voz me hace sentir discapacitado/a	0	1	2	3	4
VHI-10	TOTAL:				

SI USTED TIENE PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN (TRAGAR) POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

0= No hay problema 4= Problema Grave

Mi problema para tragar me ha causado bajar de peso	0	1	2	3	4
Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad de salir a comer	0	1	2	3	4
Deglución de líquidos requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
Deglución de sólidos requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
Deglución de pastillas requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3	4
La deglución es dolorosa	0	1	2	3	4
Mi deglución afecta el placer de la comida	0	1	2	3	4
Al comer alimentos se quedan atorados en la garganta	0	1	2	3	4
Toso cuando como	0	1	2	3	4
La deglución es estresante	0	1	2	3	4
EAT-10	Total:				

SI USTED TIENE PROBLEMAS DE LA VOZ POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

Uso típico de la voz:

Yo le daría mi grado como platicador/a lo siguiente: (circule su respuesta)

1	2	3	4	5	6	7
Callado/a			Promedio			Muy Hablador/a
Escucha						

Marque cualquiera de los siguientes que hace **con frecuencia**:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gritar | <input type="checkbox"/> Hablar sobre ruido | <input type="checkbox"/> Leer en voz alta |
| <input type="checkbox"/> Hablar con alto volumen | <input type="checkbox"/> Hablar por teléfono | <input type="checkbox"/> Carraspeo de garganta |
| <input type="checkbox"/> Hablar por mucho tiempo | <input type="checkbox"/> Cantar (profesionalmente o socialmente) | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Personalidad platicador/a | <input type="checkbox"/> Entrenador | <input type="checkbox"/> Reír ruidosamente |
| <input type="checkbox"/> Tocar instrumento musical | <input type="checkbox"/> Jugar deportes | <input type="checkbox"/> Asistir conciertos de música |
| <input type="checkbox"/> Animadora/Porrista (pasado o presente) | <input type="checkbox"/> Asistir eventos deportivos | <input type="checkbox"/> Ir a bares y discotecas con frecuencia |

Su trabajo:

Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Retirado/a Discapacitado/a Desempleado/a

Ocupación: _____

El ambiente de su trabajo es: estresante ruidoso tranquilo grande polvoriento
 seco húmedo pequeño caliente frio

Su trabajo requiere: hablar mucho mucho uso de hacer llamadas por teléfono trabajar con productos químicos hablar sobre ruido de maquinas cantar

Su casa:

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
¿Viven niños en su casa? Si No
El ambiente de su casa es: estresante ruidoso tranquilo grande polvoriento
 seco húmedo pequeño caliente frio
 con corrientes de aire

Información adicional de su voz o deglución que quisiera compartir con nosotros: