

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Cuestionario para pacientes nuevos

RSI: ¿En este último mes, cómo lo afectaron los siguientes problemas?

0 = ningún problema

5 = problema serio

Síntoma	0	1	2	3	4	5
Ronquera o problema con su voz	<input type="checkbox"/>					
Carraspera	<input type="checkbox"/>					
Exceso de mucosidad en la garganta o goteo postnasal	<input type="checkbox"/>					
Dificultad para tragar comida, líquidos o píldoras	<input type="checkbox"/>					
Tos después de comer o de acostarse	<input type="checkbox"/>					
Dificultades respiratorias o episodios de ahogo	<input type="checkbox"/>					
Tos fastidiosa o molesta	<input type="checkbox"/>					
Sensación de que algo está atorado en la garganta o de que tiene un bulto en la garganta	<input type="checkbox"/>					
Agruras, dolor en el pecho, indigestión o acidez que regresa del estómago	<input type="checkbox"/>					
PUNTAJE TOTAL						/45

GCI: En el último mes, ¿cómo lo afectaron los siguientes problemas?

0 = ningún problema

5 = problema serio

Síntoma	0	1	2	3	4	5
Fue necesario hacer un esfuerzo adicional para hablar	<input type="checkbox"/>					
Molestia o dolor en la garganta después de usar la voz	<input type="checkbox"/>					
Fatiga vocal (la voz se debilitó a medida que hablaba)	<input type="checkbox"/>					
La voz se quiebra o suena diferente	<input type="checkbox"/>					
PUNTAJE TOTAL						/ 20

VHI-10: Marque la respuesta que indique la frecuencia con que tiene estas experiencias.

0 = ningún problema

4 = problema serio

Síntoma	0	1	2	3	4
Mi voz hace que sea difícil que las personas me escuchen.	<input type="checkbox"/>				
Es difícil para las personas entenderme en un cuarto ruidoso.	<input type="checkbox"/>				
Mis dificultades con la voz limitan mi vida personal y social.	<input type="checkbox"/>				
Me siento excluido de las conversaciones debido a mi voz.	<input type="checkbox"/>				
Mis problemas de la voz me causan pérdidas de ingreso.	<input type="checkbox"/>				
Siento que tengo que esforzarme para producir la voz.	<input type="checkbox"/>				
La claridad de mi voz es impredecible.	<input type="checkbox"/>				
Mi problema de la voz me hace sentir molesto.	<input type="checkbox"/>				
Mi voz me hace sentir discapacitado.	<input type="checkbox"/>				
Las personas me preguntan: "¿Qué pasa con tu voz?"	<input type="checkbox"/>				

EAT-10: ¿Hasta qué punto son problemáticos para usted los siguientes escenarios?

0= Ningún problema 4= Problema serio

Síntoma	0	1	2	3	4
Mi problema para tragar me ha causado pérdida de peso.	<input type="checkbox"/>				
Mi problema para tragar interfiere con mi habilidad de salir a comer afuera.	<input type="checkbox"/>				
Tragar líquidos requiere un esfuerzo adicional.	<input type="checkbox"/>				
Tragar sólidos requiere un esfuerzo adicional.	<input type="checkbox"/>				
Tragar píldoras requiere un esfuerzo adicional.	<input type="checkbox"/>				
Tragar es doloroso	<input type="checkbox"/>				
Mi problema para tragar afecta el placer de comer.	<input type="checkbox"/>				
Cuando trago, la comida se atora en mi garganta.	<input type="checkbox"/>				
Yo toso cuando como.	<input type="checkbox"/>				
Tragar es estresante.	<input type="checkbox"/>				
PUNTAJE TOTAL:	/ 40				

1. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto habla usted? 0= Nada 10= Mucho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. En una escala de 0 a 10, ¿cómo calificaría la calidad de su voz hoy? 0= La peor 10= La mejor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Cuáles de los siguientes síntomas tiene usted?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Carraspea frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Respiración ruidosa | <input type="checkbox"/> Tose excesivamente |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del rango de tonos | <input type="checkbox"/> Está bajo tensión (personal/profesional) |
| <input type="checkbox"/> Fatiga vocal cuando habla | <input type="checkbox"/> Incapacidad de gritar |
| <input type="checkbox"/> Fatiga vocal cuando canta | <input type="checkbox"/> Garganta o boca seca |
| <input type="checkbox"/> Dolor mientras habla | <input type="checkbox"/> Sensación de tener un bulto en la garganta |
| <input type="checkbox"/> Dolor mientras canta | <input type="checkbox"/> Calidad vocal variable |
| <input type="checkbox"/> Cosquilleo o sensación de ahogo mientras habla | <input type="checkbox"/> Tensión en la nariz y/o garganta |
| <input type="checkbox"/> Cosquilleo o sensación de ahogo mientras canta | <input type="checkbox"/> Llenura en la nariz y/o garganta |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar en voz alta | <input type="checkbox"/> Alteración del volumen |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar en voz baja | <input type="checkbox"/> Habla extensamente en el trabajo |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Habla extensamente en casa/socialmente |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Canta frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Aumento en el esfuerzo para hablar | <input type="checkbox"/> Susurra frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar por teléfono | <input type="checkbox"/> Vive/trabaja/se desempeña en áreas secas/polvosas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para que lo oigan o entiendan los extraños | <input type="checkbox"/> Grita o habla en voz alta con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar en entornos ruidosos | <input type="checkbox"/> Otro: |

4. ¿Le han hecho un examen con un estroboscopio? Sí No Si es así, cuándo/dónde: _____
Describe brevemente sus síntomas de la voz y/o garganta (sin usar la palabra ronco):

5. ¿Cuándo está mejor su voz?
 Mañana _____ Mediodía _____ Después del mediodía _____ Tarde _____ Noche _____

6. When is your voice the worst?
 Mañana _____ Mediodía _____ Después del mediodía _____ Tarde _____ Noche _____

7. ¿Cuándo empezó a tener síntomas? ¿Asocia el comienzo con algo en particular?

8. ¿Empezó ___repentinamente o ___lentamente? ¿El problema está ___empeorando, ___mejorando o ___se mantiene igual?

9. ¿Cuándo notó este problema por primera vez?

10. ¿Cómo afecta su vida este problema de la voz?

11. ¿Qué tratamientos ha probado anteriormente para este problema?

12. ¿Trabaja fuera de su hogar? Sí ___ No ___

13. ¿Qué tipo de trabajo realiza usted? Por favor, sea tan específico como le sea posible.

14. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

15. ¿Cuántas horas duerme típicamente? _____

16. ¿Tiene una rutina de ejercicios? Sí No Si es así, explique _____

17. Nivel general de estrés en su vida: Bajo Mediano Alto

18. ¿Cómo alivia el estrés y tensión en su vida?

19. ¿Salidas a restaurantes, bares, eventos musicales o deportivos? Frecuentes Ocasionales Nunca

20. Anote cualquier alergia que sepa que tiene (A medicamentos y medio ambiente):

21. ¿Cuántos vasos de agua toma diariamente? _____ ¿Bebidas carbonatadas? _____

22. ¿Cuántas tazas de cafeína toma diariamente (café, té, soda)? _____

23. ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas? Nunca ___ Raramente ___ Semanalmente ___ Pocas veces por semana ___ Diariamente ___

24. ¿Fuma actualmente? Sí No Si es así, ¿cuánto? _____

25. ¿Fumaba anteriormente? Sí No Si es así, ¿cuándo dejó de hacerlo? _____

26. ¿Usa o ha usado drogas recreativas? Sí No Si es así, por favor explique _____

27. ¿Está involucrado en pasatiempos o actividades en las que está en contacto con polvo, vapores, químicos o pinturas? Sí ___ No ___

28. ¿Ha tenido alguno de lo siguiente?

___ Cirugía en la laringe ___ Cirugía del corazón ___ Cirugía en el pecho ___ Cirugía de la tiroides
___ Derrame cerebral ___ Lesión en el cuello ___ Exposición o inhalación de químicos

29. ¿Canta usted? Sí No ___ Aficionado ___ Semi-profesional ___ Profesional

• Si canta, cuál es su estilo/registro?

___ Soprano ___ Mezzo-soprano ___ Contralto ___ Contratenor ___ Tenor ___ Barítono ___ Bajo
___ Lírico ___ Dramático ___ Coloratura ___ Clásico ___ Coral ___ Góspel ___ Grupo de alabanza
___ Blues ___ Popular ___ Rocanrol ___ Teatro musical ___ Voz de pecho

• ¿Ha tenido entrenamiento? Sí No ___ Años

• ¿Cuántas horas canta por semana? _____

• ¿Dónde canta?

• ¿Usa amplificadores?

• ¿Qué tipo de acompañamiento musical tiene, si tiene alguno?