

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Cuestionario para pacientes que regresan

¿Qué tratamiento o intervención(es) ha tenido para su problema de la voz desde su evaluación inicial?

¿Está mejorando su voz?

¿Cuál tratamiento o intervención está funcionando mejor?

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

RSI: Durante el último mes, ¿cómo lo afectaron los siguientes problemas?

0 = ningún problema

5 = problema serio

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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es difícil para las personas entenderme en un cuarto ruidoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis dificultades con la voz limitan mi vida personal y social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento excluido de las conversaciones debido a mi voz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas de la voz me causan pérdidas de ingreso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que tengo que esforzarme para producir la voz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La claridad de mi voz es impredecible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas de la voz me hacen sentir molesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi voz me hace sentir discapacitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas me preguntan: "¿Qué pasa con tu voz?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTAJE TOTAL					/40

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestia o dolor en la garganta después de usar la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga vocal (la voz se debilitó a medida que hablaba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La voz se quiebra o suena diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTAJE TOTAL	/ 20					

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

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

¿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 tono | <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 |

___ Dificultad para que lo oigan o entiendan los extraños
___ Dificultad para hablar en entornos ruidosos

___ Grita o habla en voz alta con frecuencia
___ Otro: