



*Continuación a la vuelta...*

## **Preguntas para la Evaluación del Logopeda:**

*Le rogamos conteste las siguientes preguntas con un círculo sobre el "sí" o el "no":*

1. ¿Son los sonidos diferentes cuando habla ahora?  
*Sí / No*
2. ¿Es difícil para la gente entender lo que usted dice?  
*Sí / No*
3. ¿Tiene dificultades para encontrar las palabras que desea decir?  
  
*Sí / No*
4. ¿Tiene dificultades para expresar sus ideas cuando está hablando con la gente?  
*Sí / No*
5. ¿Se confunde a veces cuando la gente le habla en su idioma materno?  
*Sí / No*
6. ¿Leía o escribía a menudo *antes de ingresar en el hospital*?  
*Sí / No*
7. ¿Le es más difícil escribir o leer ahora?  
*Sí / No*
8. ¿Tiene dificultades al masticar los alimentos?  
*Sí / No*

9. ¿Tose alguna vez mientras está comiendo?  
*Sí / No*
10. ¿Tiene que evitar comer cierto tipo de alimentos ahora?  
*Sí / No*
11. ¿Tiene dificultades para tomar bebidas?  
*Sí / No*
12. ¿Tose mientras está bebiendo?  
*Sí / No*
13. ¿Ha tenido alguna infección respiratoria recientemente?  
*Sí / No*

Por favor complete el formulario y envíelo al :  
*St Joseph's Hospital, Speech Pathology Outpatient Department,  
PO Box 211, Regents Park NSW, 2143.  
**Gracias por su ayuda***

\_\_\_\_\_  
Logopeda  
Fecha: