



ANAMNESIS VOCAL N°: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRES

EDAD

SEXO

DIRECCION

TELEFONO

MAIL

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Con qué mejora? \_\_\_\_\_ ¿Con qué empeora? \_\_\_\_\_

¿Siente molestias? \_\_\_\_\_ Descríbalas: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la severidad de su problema? (marque una opción) [leve] 1 2 3 4 5 [severo]

¿Ya hizo tratamiento por este problema? \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Le indicaron alguna vez Terapia vocal (Foniatría)? \_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Se le dio el alta? \_\_\_\_ Profesional: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otras terapias: \_\_\_\_\_ Profesional: \_\_\_\_\_

### Historia Médica (marque)

Acufeno  C.V.  ergia  áncer  abetes  sfunción sexual  ertensión Arterial  i  acusia

Hepatitis  ifarto  problemas Anestésicos  oblemas en la vista  oblemas de columna contracturas

Problemas Renales  eflujo gástrico  hitis  trastornos de coagulación  Trastornos endocrinos

¿Las emociones le afectan la voz? \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Medicación: (Enumere toda la medicación o producto de herboristería)

\_\_\_\_\_

—

¿Es alérgico a alguna medicación? \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Especifique tipo de cirugía y a qué edad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ANTECEDENTES FAMILIARES

Disfonía  Asma  Cáncer  Rinitis  Hipoacusia

**OCUPACION** \_\_\_\_\_

Carga horaria semanal \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_

Ocupaciones anteriores \_\_\_\_\_ Otra actividad en la que haga uso de su voz \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día en total hace uso de su voz? \_\_\_\_\_ hs/día (Tenga en cuenta trabajo, actividades sociales, etc.)

¿Qué tipo de ventilación tiene en su lugar de trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja o trabajó en ambiente ruidoso? \_\_\_\_\_

Otros factores ambientales: \_\_\_\_\_

¿Cómo está compuesta su familia? \_\_\_\_\_

¿Qué animales domésticos tiene? \_\_\_\_\_

## ALIMENTACIÓN

¿Respetas las 4 comidas? \_\_\_\_\_ Tiene restricciones alimentarias (Aclare) \_\_\_\_\_

Marque si consume alguno de estos alimentos antes de hacer uso de su voz profesional y/o laboral (cantar/ dar clase/etc)

Chocolate  Lácteos  Comidas picantes  Comidas grasosas

Qué cantidad ingiere por día de:

1. Café/té/ mate/ bebidas cafeinadas.
2. Bebidas alcohólicas (¿cuáles?)
3. Agua

**ACTIVIDAD FISICA** (Aclarar duración y frecuencia semanal)

## DESCANSO

Horas de sueño \_\_ ¿Le cuesta dormirse o se despierta muchas veces? \_\_ ¿Tiene somnolencia diurna? \_\_ ¿Ronca, tiene apneas? \_\_

## HÁBITOS TOXICOS

Fuma: Tabaco / Marihuana Cigarrillos por día/ semana \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Ex fumador \_\_\_\_\_ Fumador pasivo? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DE TECNICA VOCAL

¿Recibe entrenamiento de su voz hablada? \_\_\_\_\_ ¿cantada? \_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Si tuvo otros maestros de canto, nómbralos y especifique por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

¿Qué estilos musicales canta?

¿Actualmente detecta problemas técnicos y/o molestias durante su entrenamiento? \_\_\_\_\_

Al cantar fuerte \_\_ Cantar pianissimo \_\_ Mantener el Apoyo \_\_ Cantar agudos \_\_ Cantar graves \_\_ En zonas de pasaje \_\_



¿Toca algún instrumento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál?

\_\_\_\_\_

¿Usted está trabajando como profesional de la voz? \_\_\_\_\_ Agenda semanal:

\_\_\_\_\_

¿Realiza ejercicios de calentamiento vocal antes de hacer uso de su voz profesional? \_\_\_\_\_

¿Y de enfriamiento?

\_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICOS O.R.L.:** \_\_\_\_\_