



Declaración Jurada de Antecedentes de Salud

**Señale con una X el casillero que expresa su respuesta**

Hábitos	SI	NO	¿Desea aclarar?
Toma alcohol			
Fuma			
Toma medicación			En caso afirmativo, informe la dosis de cada medicamento

¿Realiza otras actividades que demanden esfuerzo de la voz?

NO	SI

Cuáles:

**Presenta enfermedades de tipo:**

	Describe la afección o lo que siente:
Respiratorias	
Alérgicas	
Quirúrgicas (por ejemplo, cesárea)	
Digestivas	
Tiroideas	
Otras	

¿Quedó afónico/a alguna vez?

NO	SI
----	----

¿Cuándo y por qué?

\_\_\_\_\_

¿Padece disfonía funcional?

NO	SI
----	----

¿Desde cuándo?

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

Laringitis crónica	
Pólipos laríngeos	
Nódulos vocales	
Otras manifestaciones	

¿Siente cambios en su voz últimamente?

NO	SI
----	----

¿Qué siente?

¿Desde cuándo?

¿Fue al médico?

**OBSERVACIONES**

.....  
.....  
.....

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DNI N°

Fecha Día/Mes/Año \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_