**FORMULARIO DE RELEVAMIENTO FONIATRICO**

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada.

**FECHA………………………………………………………………………………………………………**

**APELLIDO Y NOMBRE…………………………………………………………………………………..**

**DNI………………………………………………………………………………….(adjuntar fotocopia )..**

**ESTABLECIMIENTO……………………………………………………………………………………..**

**Pre Primario Primario Secundario Terciario Universitario**

Curso en que dicta clases: Cantidad de Alumnos promedio:

Tiene Examen Médico Pre ocupacional SI

NO

Fecha ingreso establecimiento: ……………………………………

Horas de clase semanales en el establecimiento……………...Hs. (de reloj-descontar descansos y horas especiales)

Cantidad de alumnos en el grado…………………………….

Trabaja en otras escuelas Si No Publica Privada

Nombre …………………………………………………………………………………………………….

Horas en otras Escuelas ……………………………………………………………………………….…….

**1) ¿Su voz está actualmente en condiciones óptimas?**

a) Si b) No

**2) ¿Ha tenido tres o más episodios de disfonía en el último año?**

a) Si b) No

**3) ¿El tiempo de la recuperación de la disfonía fue cada vez mayor?**

a) Si b) No

**4) ¿Ha tenido tres o más episodios de fatiga en su voz al terminar la jornada laboral en el último**

**año?**

a) Si b) No

**5) ¿Ha tenido tres o más episodios de sensación de cuerpo extraño en la garganta o en el cuello que**

**le produce carraspeo, luego de una jornada de trabajo en el último año?**

a) Si b) No

**6) ¿Ha tenido tos permanente seca sin estar enfermo en el último año?**

a) Si b) No

**7) ¿Ha tenido tres o más episodios de sensación de “mucosidad pegada” o que le “cae por atrás”**

**en la garganta en el último año?**

a) Si b) No

**8) ¿Ha tenido tres o más episodios de sensación de sequedad en la garganta en algún momento del**

**día en el último año?**

a) Si b) No

**9) ¿Le diagnosticaron en alguna oportunidad nódulos en las cuerdas vocales?**

a) Si b) No

c) ¿En qué año?

**10) Si la respuesta anterior fue SI, ¿Lo operaron?**

a) Si b) No

c) ¿Cuándo?............................................................................................

**11) ¿Ha realizado en alguna oportunidad tratamiento foniátrico?**

a) Si b) No

c) ¿Cuándo?................................................................................................

d) ¿Por la ART?.........................................................................................

**12) ¿Ha tenido tres o más episodios de cuadros respiratorios infecciosos durante el año?**

**Faringitis, amigdalitis, sinusitis, etc.**

a) Si b) No

**13) ¿Fuma?**

a) Si b) No

c) ¿Cuántos cigarrillos por día?....................................................................

**14) ¿Padece de alergias respiratorias?**

a) Si b) No

**Firma:………………………………………….**

**Aclaración:………………………………………..**

**DNI:…………………………………………….**