



## Lista de Verificación de Comer, Beber y Tragar

Nombre de Individual: \_\_\_\_\_ Fecha de completado: \_\_\_\_\_

Instrucciones: El propósito de esta lista de verificación es para documentar la información coleccionado sobre los hábitos del comer, beber y tragar de la persona usted a quien se apoya . Por favor, circule **Sí** o **No** para cada artículo. Dé la lista de verificación completada a la persona quien coordina la atención médica por la persona o el doctor médico de la persona.

Tipo de ambiente donde la lista de verificación se completó (ej., en casa, programa del día, sitio de empleo...):  
\_\_\_\_\_

Hábitos de beber y comer: (Considera apoyo conductual si circule "Sí".)

- Sí / No Roba comida
- Sí / No Esconde comida
- Sí / No Agarra comida en general
- Sí / No Coge demasiado comida y/o líquido a la vez (ej., no se detiene para toma una respiración, no puede delimitar tamaño de bocado o bebida) \*
- Sí / No Come mientras se mueve
- Sí / No Come con un cuchara grande
- Sí / No Usa cantidad del tiempo excedente para comer

Preocupaciones arriesgados tragar y comer

- Sí / No Pérdida de comida o bebida a fuera de su boca durante o después de comer
- Sí / No Tiene o embolsa alimentos o líquidos
- Sí / No Traga comidas enteras \*
- Sí / No Masticado insuficiente \*
- Sí / No Intentos de repetir para tragar\*
- Sí / No Ojos llorosos o nariz aguada durante o después de comer
- Sí / No Dificultades con tragando su medicación (ej., incapaz de tragar pastillas grandes o incapaz de tragar las múltiples pastillas a la vez, asfisia, escupe las pastillas , embolsa las pastilla y/o esconde en su boca...)\*
- Sí / No Riesgo de posición pobre (se reclina la cabeza/se inclina delante cuando está comiendo o bebido
  
- Sí / No Incidentes de tos/se afixia durante o después de comer
- Sí / No La voz está sofocada durante o después de comer (si es posible, pregúntale a la persona que decir "ah" o hacer una vocalización) \*
- Sí / No Congestión/secreciones después de comer\*
- Sí / No Se aclara la garanta demasiado \*
- Sí / No Aumento en temperatura por un razón desconocido (fiebre alta) \*
- Sí / No Infecciones del sistema respiratoria superior/neumonía ocurren con frecuencia \*
  
- Sí / No Vómito \*\*
- Sí / No Eructos o indigestión (ej., halitosis) \*\*
- Sí / No Pérdida de peso \*\*
- Sí / No Regurgitación (durante o después de comer) \*\*
- Sí / No Le molesta cuando traga \*\*
- Sí / No Falte de aire cuando bebe o come \*\*

Otras observaciones/comentario: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Completado por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Otros participantes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# DISFAGIA

Equipo de trabajo regional de P.A.

\*\*\*Completado por la persona quien coordina atención médica por el individual\*\*\* (si aplicable)

Arreglo de vivienda (ej., en la casa, agencia residencial, programa de vivienda de familia, etc): \_\_\_\_\_

Dieta actual/ nivel de consistencia de líquidos: \_\_\_\_\_

Dentición (ej., desdentado, dentadura,...): \_\_\_\_\_

Rutina de higiene oral \_\_\_ independiente? \_\_\_ dependiente? \_\_\_ necesita asistencia? Tipo de productos de higiene oral? (ej., el dentífrico, el enjuague, el cepillo dental, la torunda,...):

\_\_\_\_\_

¿Algunas precauciones/guías para aspiración? Sí / No

¿Algunos equipamientos adaptivos de comer? Sí / No ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_

¿Diagnóstico de disfagia actual o pasado? Sí / No

¿Diagnóstico de GERD actual o pasado? Sí / No

Otros diagnósticos médicos/psiquiátricos: (lista todos)

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

Medicaciones actuales, lista todos incluyendo algunas sin recetas: (por favor, adjunta una lista si es necesario)

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

Revisa por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Acciones tomadas:

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

*Por favor, no se olvida incluir cualquier problemas indicado en el ISP.  
Por favor, no se olvida llevar el forma completa a su chequeo fisico.*

**CLAVE: \* habla a su PCP (doctor general) para considerar posible evaluación de tragado en persona o en video”  
\*\* habla a su PCP para referencia apropiada”**