

Cuestionario de Alergias

POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE

Apellido: ____/____/____	Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad: _____	Raza: _____	Fecha de nacimiento	Fecha: _____	Uso de Oficina <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> RT
Domicilio		Ciudad		Estado		Codigo Postal	
Numero de Telefono:				Numero de Trabajo:			
Quien es su doctor Principal?		Ocupacion:			Pasatiempos:		
Si casado/a, ocupacion de su pareja:		Pasatiempos de su pareja:			Referido por:		
Si el paciente es menor de edad, complete lo siguiente:							
Nombre del Padre:		Edad:	Ocupacion:			Pasatiempos:	
Nombre de la Madre:		Edad :	Ocupacion:			Pasatiempos :	
CONSUMPCION ALCOHOLICA ___NO___ Social___ Regular tragos por semana _____				TABACO ___NO___ PARO? CUANDO? _____ # paquetes/dia. Años fumando: _____			
Si es Mujer: <input type="checkbox"/> Ultima periodo menopausia ____-____-____ <input type="checkbox"/> Poste- Menopausia (sin periodo) _____ _____ (Año) <input type="checkbox"/> Histerectomia _____ _____ (Año) <input type="checkbox"/> Ligacion de tubos _____ _____ (Año)				Si potencial de embarazo: <input type="checkbox"/> Anticonceptivo Oral (Cuanto Tiempo) _____ <input type="checkbox"/> IUD, Dispositivo Intrauterino (Cuanto Tiempo) _____ <input type="checkbox"/> Doble Barrera <input type="checkbox"/> Vasectomia de su pareja _____			
Medicamentos Actuales							
Medicamento	Dosis y Frecuencia	Razon:	Fecha Comenzada	Fecha Terminada			

Historia Medical Pasada

Oídos, Ojos, Nariz y Garganta	Fecha del comienzo de síntomas o diagnóstico	Revisar si Actual	CARDIOVASCULAR	Fecha del comienzo de síntomas o diagnóstico	Revisar si Actual
Alergias	S=Si N=No		Angina de pecho/Dolor del Pecho		
Estacional / Todo el año (circule uno)			S N		
Dificultad al oír	S N		Ataques del Corazón	S N	
Sinusitis Crónica	S N		Alta Presión	S N	
Lentes/Pupilentes	S N		Soplo	S N	
Dificultad de ver a larga distancia/corta	S N		Problemas de la válvula Mitral		
Glaucoma	S N		S N		
Cataratas	S N		Flebitis	S N	
			Alto Colesterol	S N	
Respiración			GASTROINTESTINAL		
Asma	S N		Úlceras Estomacales	S N	
Bronquitis	S N		Úlceras Duodenales	S N	
Pulmonía	S N		Enfermedad de la vena biliar	S N	
Obstrucción Pulmonar Crónica	S N		S N		
GENITOURINARIO			Estreñimiento	S N	
Inflamación de Prostata	S N		Hemorroides	S N	
Infección Frecuentes de la Vejiga	S N		Diarrea	S N	
Enfermedad de los riñones	S N		Acidez/Indigestión	S N	
			Esofago Penuño	S N	
HEMATOLOGICAL			NEUROPSIQUIATRICO		
Enfermedad de la Sangre	S N		Depresión	S N	
Anemia	S N		Convulsión	S N	
Dermatología			Embolia	S N	
Eczema/Dermatitis Atópica	S N		Parálisis	S N	
Psoriasis	S N		Migrañas/Dolor de Cabeza		
Acné	S N		S N		
Musculoesquelético			Alergias		
Síndrome del Túnel Carpál	S N		Alergias a medicamentos	S N	
Artritis	S N		Alergias a Comidas	S N	
Fracturas	S N				
GINECOLOGIA			IMMUNOLOGICO		
Quiste del Ovario/Tumores	S N		HIV	S N	
Quiste del Uterio/Tumores	S N		Hepatitis (Especifique)	S N	
ENDOCRINOLOGIA					
Diabetes	S N		OTROS		
Tiroides	S N		1)		
			2)		

Cirugías Y Procedimientos O Ninguna

Procedimientos	Fecha	Procedimientos	Fecha

HOSPITALIZACION O NINGUNA

Fecha	Razon	Hospital

Historia De Alergias

ASMA/COPD HISTORY (Circule Una) Ninguna

Cuando fue diagnosticado/a por primera vez con asma/Obstruccion Pulmonar Cronica? _____

Cuantas veces ha sido hospitalizado/a por causa del asma/Obstruccion Pulmonar Cronica? _____ Fecha Reciente: _____ Por Cuanto Tiempo? _____

Ultima vez que uso esteroides(inyeccion/ tomadas) en los ultimo 2 anos: _____ Cuantas veces a tomado esteroides en el ultimo año? _____

Cuantas visitas a la sala de emergencia? _____ Fecha mas reciente: _____ Numero de dias perdidos de clase/trabajo el año pasado? _____

Cuando le comenzaron por primera vez sus sintomas de asma/Obstruccion Pulmonar Cronica? _____

En sus propias palabras, describa los sintomas que le causen mayor tension debido al asma/Obstruccion Pulmonar Cronica?

Historia de Alergias Ninguna

Cuando tuvo sintomas de alergias nasales por primera vez? _____

Tiene usted: Escurrimiento Nasal Dolor de cabeza por las sinusitis
 Escurrimiento Postnasal fatiga por las alergias
 congestion Nasal poca concentracion por las alergias
 Presion de sinus Perdida de olfato

3.) Son sus alergias activas durante: Primavera Verano Otoño Invierno durante todo el año

4.) Cuando tiene alergias? (Marque todas las que apliquen)

al despertar en el trabajo jugando con aire acondicionado
 en la noche vientos de Santa Ana Pasto recién cortado
 polvo en su casa gatos Perros Plumas
 Periodomenstrual
 Ciertas Comidas

Ha tenido radiografias nasal?

Cual fue el resultado? _____

NO Si; *Indique la fecha* _____

Alergias de la Piel NO ECZEMA RONCHAS

Describe Factores que hacen empeorar sus ronchas:

Historia de Ninez

Tos Ferina Eczema Infantil Infeccion de oidos frecuentes
 Infeccion de los Bronquios Otro: _____

Alergias a Comidas

No
 Si, por favor indique tipo de comida y reaccion alergica: _____

Alergia al Latex Si No

Alguna reaccion alergica a guantes o condones de latex? Por favor explique en detalle.

Alergias a Medicinas Ninguna

aspirina Anestesia local sulfas
 penicilina tintes de rayos-x Otro: _____
 Explique reaccion:

Reacciones a insectos Ninguna

Abeja Avispon Yellow jacket
 Avispa Hormiga Otro:
 Explique reaccion:

Historial Familiar	Alergias Nasales Symptomas Nasal	Sinosites	Asthma	Obstrucion Pulmonar Chronica	Alergias a Comidas	Ronchas O Inchazon	Eccema
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos/Hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene Abuelos, tias o tios con problemas de alergias ?			! NO <i>Si, Explique</i> ! SI				
Marque o complete las respuestas que mayor describan su ambiente en casa							
Tipo de casa <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> DORMITORIO <input type="checkbox"/> CASAMOBIL <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CONDOMINIO			Locacion de su casa <input type="checkbox"/> Costa <input type="checkbox"/> Montañas ! Ciudad <input type="checkbox"/> Campo <input type="checkbox"/> Desierto			Hay obvio: <input type="checkbox"/> Mojo o daño causado por el aqua <input type="checkbox"/> Cucarachas	
Indique cuales animals domesticos tiene: <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Pajaro <input type="checkbox"/> Otro			Su Cuarto tiene : <input type="checkbox"/> Calenton <input type="checkbox"/> Humectador <input type="checkbox"/> Purificador de aire <input type="checkbox"/> Aire acondicionado				
Covertura del piso en su cuarto <input type="checkbox"/> Alfombra <input type="checkbox"/> Linolio o azulejo <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro: _____				Tipo de almohada: <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> Sintetico <input type="checkbox"/> Espuma/goma <input type="checkbox"/> Coverturacon Cierre de zipper			
Hay alguien que fume en su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Relacion: _____							
Indique tipo de Alergia: !Ninguna <input type="checkbox"/> Sangre		Indique a que fueron Positivo los Exámenes:			<input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Mojo <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> ! Animales <input type="checkbox"/> otro		
Indique exámenes de alergias <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Otro: _____ que ha tomado en el pasado:							
Alguna vez a tomado medicamientos como/de cortisona (Prednisone, Decadron, esteroides)				<input type="checkbox"/> NO Cuando _____ Dosis: _____ <input type="checkbox"/> Si Por cuanto tiempo _____			
Alguna vez a recibido vacunas para las alergias? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si				Cuando? Fechas: De ----- A-----			
Como le funcionaron las vacunas? <input type="checkbox"/> Ayuda Minima <input type="checkbox"/> Reacciones <input type="checkbox"/> Util <input type="checkbox"/> no util				Nombre y establecimiento del doctor que le dio las vacunas?			