

# QUESTIONARIO DE ALERGIAS

**PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_  
**RAZON DE SU VISITA** \_\_\_\_\_ **SEXO** \_\_\_\_\_

Mi preocupación más grande de alergias y asma es: \_\_\_\_\_  
 Mi objetivo en esta cita es: \_\_\_\_\_  
 Mis expectativa de tratamiento es: \_\_\_\_\_  
 Limitaciones que quisiera eliminar son: \_\_\_\_\_

**A. NATURALEZA DE SINTOMAS:** Llene los espacios en blanco.

SINTOMAS	#AÑOS	EN QUE MESES?	SINTOMAS	#AÑOS	EN QUE MESES?
ESTORNUDO	_____	_____	MAL ALIENTO	_____	_____
DESAGUE DE GARGANTA	_____	_____	DOLOR DE CABEZA	_____	_____
COMEZON EN LA NARIZ	_____	_____	FIEBRE	_____	_____
NARIZ QUE MOQUEA	_____	_____	MOCOS VERDE	_____	_____
CONGESTION NASAL	_____	_____	PRESION	_____	_____
COMEZON EN LOS OJOS	_____	_____	SILBIDO EN EL PECHO	_____	_____
OJOS ROJOS	_____	_____	OPRESION EN EL PECHO	_____	_____
OJOS SECOS	_____	_____	TOZ CON FRECUENCIA	_____	_____
OJOS LLOROSOS	_____	_____	DIFICULTAD AL EJERCISIO	_____	_____

**B. CAUSA DE SUS SINTOMAS:** Marque los que usted sospeche que causan su síntomas

El polvo (adentro)	Rastrando hojas	cuenta de polen altas	Colonia/Perfume
Al limpiar la casa	Zacate cortado	Cuentas de mojo altas	Cambios de clima
Animales/Mascotas	Heno	Aspirina	Humo de cigarro
Aire libre/afuera	Mojo	Viento	Olores

**C. EVALUACION PREVIA:** Fechas de examen de alergias/inyecciones previas, radiografías del pecho o sinusitis.

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

**D. MEDICINAS:** Enliste **TODOS** los medicamentos que toma actualmente

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____

**E. MEDICINAS:** Enliste las medicinas que ha tomado para alergias y marque la caja apropiada.

	Me ayudo:	por completo	un poco	no me ayudo	no se
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**HISTORIAL MEDICO:** Circule cualquier problema médico que usted tenga.

ADHD (TDAH)	reflujo acido	artritis	próstata	insuficiencia cardiaca	cataratas	depresión	enfermedades
pulmonar crónica	glaucoma	diabetes	colesterol alto	presión alta	tiroides baja	apnea	de
sueno prematuro/a	otra enfermedad: _____						

**FAMILY ALLERGY CLINIC**

2380 Firewheel Parkway, Suite 1100, Garland, TX 75040 Phone (972) 271-6811 Fax (972) 278-6589

2740 Virginia Parkway, Suite 300, McKinney, TX 75071 Phone (972) 548-1145

Revised 11/25/2019

**ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS:**

Medicamento	tipo de reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**CIRUGIAS PREVIAS:** Favor de poner cualquier cirugía de nariz o sinusitis primero.

_____	_____
_____	_____

**HOSPITALIZACIONES:** \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE FAMILIA**

Enfermedad	Relación (madre, padre, etc)
Asma	_____
Alergia a comida	_____
Eczema	_____
Alergias nasales	_____

**HISTORIAL SOCIAL**

Fumar: usted fuma: _____	Otras personas en casa: _____
Ocupación: _____	
Enliste la exposición laboral al polvo, químicos, mojo u otros: _____	
Pasatiempos: _____	

**ENCUESTA AMBIENTAL:** circule todo lo que aplique.

<b>TIPO DE VIVIENDA</b>	<b>RECAMARA</b>	<b>SISTEMA DE CALEFACION</b>
Casa apartamento	peluches libros	gas queroseno aceite carbón
Dueño rentando # de años _____	baratijas librerías	eléctrico leña

**PISO**  
 Carpeta: en toda la casa dormitorios  
 Cerámica madera concreto

**TIPO DE ALMOHADA**  
 Pluma espuma  
 poliéster sintético

**AIRE ACONDICIONADO**  
 central unidad de pared ninguno

**MASCOTAS**  
 Perro gato pájaros  
 Otro: \_\_\_\_\_

**COLCHON EDREDON**  
 algodón algodón  
 cama de agua  
 Espuma

**OTRAS COSAS**  
 filtros HEPA filtro de aire eléctrico  
**GUARDERIA:**  
 No Si Donde: \_\_\_\_\_

**REVISION DE SISTEMAS:** circule todo lo que aplique.

ALERGIAS.....	infecciones de oídos	neumonía recurrente	alergia a las picaduras de insecto
CONSITUCIONAL.....	Fatiga	pérdida de peso	pérdida de apetito fiebre
ENT.....	Picazón en la nariz	congestión de nariz	destornudo congestión
RESPIRATORIO.....	Dolor de garganta	picazón en la garganta	perdida de olor
OFTALMOLOGIA.....	falta de respiración	opresión en el pecho	silbido en el pecho
ENDOCRINO.....	picazón de ojos	glaucoma	ojos llorosos
CARDIOLOGIA.....	intolerancia de calor	ritmo irregular	intolerancia de frio
GASTROENTEROLOGIA	dolor de pecho	nausea	sensaciones de pecho anormal
	repetir	acidez	diarrea
	vomito	dificultades para orinar	infecciones urinarias frecuentes
UROLOGIA.....	Piedras en los riñones	hinchazón ronchas	eczema salpullido
DERMATOLOGIA.....	picazón	dolor de cabeza	convulsiones
NEUROLOGIA.....	mareos	trastornos hemorrágicos	moretones
HEMATOLOGIA.....	anemia	hinchazón de coyunturas	dolor de coyunturas tendinitis
MUSCULOESQUELETICO	dolor de músculos	depresión	niveles de estrés altos
PSICOLOGICO	ansiedad	candidiasis vaginal	anticonceptivos
REPRODUCCION	embarazada		

**FAMILY ALLERGY CLINIC**

2380 Firewheel Parkway, Suite 1100, Garland, TX 75040 Phone (972) 271-6811 Fax (972) 278-6589  
 2740 Virginia Parkway, Suite 300, McKinney, TX 75071 Phone (972) 548-1145

Revised 11/25/2019