



CUESTIONARIO DE RONCHAS

Llene completamente, ignorando los numeros. Rodee todo que aplica, y llene los blancos.

PREGUNTAS GENERALES

- 2 ¿Cuando empezaron las ronchas? _____
- 3 ¿A que hora del dia ocurren? _____
- 4 ¿Ocurren con que frecuencia? _____
- 5 ¿Que parte de su cuerpo es afectada primero? _____
- 6 ¿Ocurren las ronchas en una cierta temporada o epoca del ano? Si eso es el caso, cuando? _____
- 7 ¿Han aumentado disminuido o no han cambiado?

¿SINTOMAS ASOCIADOS?

- 8 fatiga
- 9 fiebre
- 11 la cantidad inexplicada del aumento de peso: cantidad _____
- 12 ansiedad, mood swings, depresion, reacciones panicas?
- 14 moretones facil
- 18 ojos inchados
- 19 garganta adolorida, dificultad para pasar, voz ronca
- 20 cold sores
- 23 dolor de huesos
- 25/86 toz, respiro corto, silbido
- 26/87 dolor abdominal, vomito, diarrea, sangre en el escremento
- 27 sangre en la orina, frecuencia disminuida de orinar, frecuencia aumentada de orinar, dolores fuertes de la parte de abajo de la espalda, ardura cuando orina, ronchas con la menstracion, SIDA, enfermedades transmitidas sexuales
- 28/89 la debilidad de los musculos o dolor, sensacion abnormal de la piel

PROVOCACIONES

- 13/29 sobando o rascando la piel en: Usted cualquier miembros de su familia?
- 30 hinchazon dolorosa debido a precion sostenida como:
 - ropa apretada (brazier, cinto, medias)
 - hinchazon dolorosa despues de usar herramienta
 - estando parada por periodos largos, camindo en exceso o corriendo causando dolor en los pies
 - cargando objetos pesados causando dolorosa hinchazon en los hombros, brazos, manos
 - sentado por un tiempo prolongado cauzando hinchazon dolorosa de la sentadera
 - otras actividades _____
- 31 la luz del sol
- 32 temperatures frias, nadando, deportes de agua
- 34 banando en la tina o regadera con agua caliente
- 35 estando en contacto con agua de cualquier temperature para: Usted miembros de su familia

HISTORIA DE LA FAMILIA

37/38 ¿Cualquier miembros de su familia tiene ronchas despues de exposicion al frio? Si No

40 Hay enfermedad de sordera o del rinon en estos familiares? Si No

LA HISTORIA DEL TRABAJO Y RECREATIVA

Indique su ocupacion y lo que hace _____

Lista exposiciones que usted sospecha podrian causar las ronchas _____

42 ¿Trabaja en una ocupacion medica? Si No

43 ¿Es expuesto a latex? Si No

44/45 ¿Ocurren las ronchas alrededor de animals como en granjas o en oficinas del veterinario? Si No

46 ¿Ocurren las ronchas trabajando con artesanias? Si No

47 ¿Ocurren las ronchas durante o despues de deportes de agua? Si No

33/48 ¿Ocurren las ronchas durante o despues de deportes, ejercicio or corriendo para: Usted pariente?

49 ¿Ocurren ls ronchas con levantado pesas o otras actividades? Si No

HISTORIA DE MEDECINA

50 Lista todas las medicinas de receta, inyecciones, medicinas sin receta, hierbas, vitaminas, supositorios, duchas, parches para l piel, y cremas, rocios para la nariz y orales, y suplementos. Copie las marcas y traiga las prescripciones.

Lista todas las medicinas tomadas un mes antes de que empezaran las ronchas

Lista TODAS las medicinas tomadas cuando empezaron las ronchas

Lista todos los cosmeticos, shampoos, acondicionadores de pelo, jabones, detergentes, suavizadores de ropa, y la hojas de la secadora que usted usa. Copie las maracas y traigalas a su visita.

51 ¿Ocurren las ronchas despues de: piquetes de abejas, ormidas, mosacas de venado o garrapata?
 Si No

52 HISTORIA DE LA COMIDA

Lista cualquier comidas que sospecha que cuasan ronchas.

Dentro de 20-30 minutos de comer: _____

Mas de 60 minutos: _____

¿Paran las ronchas despues de eliminar estas comidas? Si No

¿Vuelven a ocurrir las ronchas despues de re-ingiriendo las misma comida sospechosa? Si No

¿Ocurren las ronchas si consume esta comida preparada frescas? Si No

¿Cuasan ronchas el kiwi, el dulce liquirice, o las semillas de sesamo o poppy? Si No

53 LA HISTORIA DEL VIAJE

Ha salido fuera del pais dentro de 2 anos que empezaron las ronchas? Si No

Si, si, especifique cuales paises y las fechas: _____

Alguna diarhea o vomito desde que volvio? Si No

Algunas transfusions o inyecciones en ese pais? Si No

Tomó agua de un bien, rio o lago o otra agua sin purificar dentro de un ano antes de que empezaran las ronchas? Si No

HISTORIA ADICIONAL — Rodea todo que apliqué y conteste las preguntas relacionadas

Tiene cualquier de los sintomas siguientes?

- 54/55/56 la ampliacion o bultos en la parte de enfrente del pescueso? Especifique detalles: _____
- 54/10/13/15 aumento de peso, perdida de cabello rara, reglas mensuales irregulares, tiroide baja
- 55/11 perdida de peso sin explicacion, ojos prominentes, temblores, tiroide alta
- 56/24 historia de piedras en el rinon o fracturas de huesos frecuentes: cuantos _____
- 57 para la mujer: ocurren las ronchas con la regla menstrual? Si No
ocurren las ronchas no mas con el embarazo? Si No

58 LA HISTORIA CONTAGIOSA — Si "si"; ponga la fecha que empezo.

58A/9 fiebre cuando salieron las ronchas. Fecha de la fiebre:

58B Lista infecciones majores: pulmonia, sinusitis, infecciones del oido, infecciones de la piel, meningitis.

- 59 hepatitis o ictericia
- 60 "documentado" (examen rapido o culturas) dolor de garganta cuando empezaron las ronchas
- 61 "Mono"
- 62 llagas
- 63 infecciones cronicas con o sin desague
- 64/16/17/21 dolor facial, desague descolorido de su nariz o infecciones de la sinusitis cuando empezaron las ronchas
- 65 infecciones de las ensillas o abscesos dentales
- 66 ulcera del estomago
- 67 piedras de la vesicula
- 68 infecciones de ongos como pie de atleta
- 69 infecciones de la piel or abscesos
- 70 yeast infections: Location _____
- 71 bronquitis o pulmonia _____
- 72 infecciones del tracto urinario
- 73 enfermedades transmitidas sexuales como VIH, sifilis, gonorrea, otros
- 74 transfusiones. Especifique la situacion y la fecha: _____
- 75 piquete con agujas. Especifique la situacion y la fecha: _____

76 HISTORIA DE TUMORS Y CANCER

- recent mass or lump on or under skin. Location _____ duration _____
- recent lymph node swelling. Location(s) _____ duration _____
- un diagnostico previo de cancer. *Especifique:* _____
- historia de cualquiera de lo siguiente: _____
- tos. Si si, de la fecha de su ultima radiografia del pecho: _____
- perdida de peso inexplicable: _____
- sangrando sin explicacion en cualquier lugar. *Especifique la ubicacion:* _____

HISTORIA DE CONTACTO DE LA PIEL CON SUBSTANCIAS AMBIENTALES

posiblemente asociado con ronchas

List answers regarding hives occurrence after contacting any of the following:

- 77 plantas _____
- 77 animales _____
- 78 latex _____
- 79 comidas _____
- 80 medicinas _____
- 81 sustancia quimicas _____
- 82 cosmeticos, champu, acondicionador, jabon, otros productos para la ropa _____
- otras cosas _____

DESORDENES AUTOINMUNES – Son las ronchas asociadas con cualquiera de estos:

- 84/22 joint pain, tenderness or swelling. Location: _____
- 85 ojos o boca seca
- 88 frecuencia reducida de orinar, alta precion, sangre en la orina
- 90 sensibilidad al sol, moretones facilmente, otros sarpullidos menos las ronchas. Ubicacion: _____
- 91 predida de pelo, intolerancia al frio, aumento de peso, piel reseca, lumps o inchazon de la tiroide (localizada en la parte de enfrente del pescueso below Adam’s apple)
- 92 Ocurren cualquiera de los sintomas siguientes con las ronchas: mareos, loss of conscioussness, baja precion, sabor a metal en la boca, palpitos rapidos del corazon, roncera, dificultad pasando, sudando, comezon en las palmas o en los pies, color de piel palida o azul, problemas respirando, respirando rapido, seizures, calambres abdominales, vomito, diarrea.

Durante un episodio de ronchas, lo han puesto en ventilador, intubated (un tubo para respirar que se pone en la garganta), o ha tenido un tracheostomy (abrida hecha en su traquea)

RELACIONES SEXUALES

- 93 Ocurren las ronchas durante las primer 8 horas de tener relaciones sexuales? Si No
- Si si, tuvo cualquier de los sintomas en la seccion 92? Si No
- Si si, lista _____

CIRUGIAS

Lista todas las cirugias y fechas dentro los 2 anos pasados:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Traiga todas las medicinas o copias de sus medicinas. Tome fotos de sus ronchas y traiga las con usted.