



Name: _____
MR#: _____ Finance: _____
DOB: _____
MD: _____

Cuestionario del Historial de Alergias para el Paciente Adulto

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Fecha cuando se completó el formulario: _____ Número del paciente de RCHSD: _____

¿Cuál es la razón principal de su visita en la Clínica de Alergias e Inmunología?

Haga el favor de contestar las siguientes preguntas para ayudarnos a saber más acerca de usted:

1. TOS o POSIBLE ASMA (si no tiene ninguno vaya a la sección 2)

Marque si alguno de los siguientes representa un problema para usted:

tos sibilancia corto de respiración opresión de pecho

¿Cuántos años tenía cuando empezó a tener estos síntomas de pecho? _____

¿Existen algunos meses del año cuando empeoran estos síntomas de asma/ pecho? Sí No

Si es así, ¿cuáles meses? _____

Marque cualquiera de los siguientes que empeoran los síntomas del asma/ pecho

animales, ¿cuáles?: _____ polvo pasto humos gases /olores fuertes

aire frío clima airoso infecciones respiratorias ("resfriados") ejercicio otros (haga una lista)

¿Alguna vez ha tenido que hospitalizarse debido a síntomas del asma/pecho? Sí No

Si es así, aproximadamente cuántas veces: _____ fecha de la última hospitalización: _____

¿Alguna vez ha necesitado estar en la unidad de cuidado intensivo (ICU) por el asma? Sí No ¿Cuántas veces en el ICU?: _____

¿Ha tenido que estar entubado (un tubo en la garganta para ayudarlo a respirar) debido al asma? Sí No

Si es así, explique los detalles: _____

¿Alguna vez ha tenido que ir a la sala de emergencia debido a los síntomas del asma/pecho? Sí No

Si es así, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses? _____

¿Cuántas veces ha recibido tratamiento con esteroides orales (ejem. prednisona, dexamethasone, Decadron, Medrol) en el último año? _____

¿Ha tenido "bronquitis"? Sí No ¿Qué tan seguido en los últimos años? _____

¿Ha tenido "pulmonía"? Sí No Si es así, ¿cuántos episodios? _____

¿Cuántos días de trabajo ha perdido debido a los síntomas? _____ ¿Qué tipo de trabajo? _____

¿Cuántas veces tose durante el día o tiene problemas de sibilancia? todos los días a menudo algunas veces raramente

¿Tose durante la noche durmiendo? Sí No si es así, ¿qué tan seguido? cada noche a menudo algunas veces

¿Cuántas noches se despierta debido al asma o síntomas de sibilancia o tos en las últimas 4 semanas? _____

¿Cuántos días o noches en las últimas 2 semanas ha necesitado el uso de inhaladores o nebulizadores para el tratamiento de sibilancia o tos? _____

¿Tiene un medidor del flujo máximo?: Sí No Si es así, cual es la lectura de su mejor flujo máximo: _____

¿Tiene un Plan de Acción para el asma? Sí No

¿Cuáles de los medicamento siguientes ha usado para su asma y síntomas del pecho?

- albuterol (e.g. Proventil, Proair, Ventolin, Xopenex)
- esteroides orales (ejem. prednisona, prednisolona, Prelone, dexametasona, Decadron, Medrol)
- montelukast (Singulair)
- esteroides inhalados (ejem. QVar, Flovent, Alvesco, Asmanex, Pulmicort, Aerospan)
- esteroides inhalados y beta agonista de acción prolongada (ejem. Advair, Symbicort, Dulera)
- ipratropium (e.g. Atrovent) ipratropium y albuterol (ejem. Combivent)
- medicamentos en el nebulizador (ejem. albuterol, Proventil, Ventolin, Xopenex, ipratropium, Atrovent, Duoneb, budesonide, Pulmicort)
- no me acuerdo

2. SÍNTOMAS DE NARIZ O DE OJOS (Si no tiene ninguno vaya a la sección 3)

Marque cualquiera de los siguientes que son un problema para usted: goteo nasal congestión nasal picazón en la nariz estornudos sonarse la nariz ojos llorosos ojos enrojecidos picazón en los ojos picazón en los oídos picazón en la garganta goteo posterior nasal aclarar la garganta

¿Cuántos años tenía cuando empezaron los síntomas de nariz/ojos? _____

¿En qué estación ocurren estos síntomas de nariz/ojos? Primavera (Marzo a Mayo) Verano (Junio a Agosto)
 Otoño (Septiembre a Noviembre) Invierno (Diciembre a Febrero) Todo el tiempo Variable, sin un patrón

Marque los factores que empeora los síntomas de nariz/ojos: gatos perros polvo pasto humo
 gases aire frío otro: _____

¿Ha tenido anteriormente pruebas de alergias de la piel? No Sí

Si es así, marque aquellas pruebas con resultados positivos: ácaros polen humedad pelo de animal alimentos no me acuerdo

¿Cuáles de los siguientes medicamentos ha utilizado para sus síntomas?

- antihistamínicos orales (ejem. loratadina, Claritin, cetirizina, Zyrtec, fexofenadina, Allegra, diphenhydramine, Benadryl, otros medicamentos sin receta)
- descongestionantes orales (ejem. pseudoephedrine, Sudafed)
- esteroides nasales (ejem. fluticasona, Flonase, mometasona, Nasonex,, mometasona furoate, Veramyst, budesonide, Rhinocort, triamcinolona, Nasocort)
- antihistamínico en aerosol nasal (ejem. Patanase, Astelin, Astepro) combinación antihistamina/steroid nose spray (Dymista)
- descongestionante en aerosol para la nariz (ejem oxymetazoline, Afrin, neosynephrine) agua salina nasal
- medicamentos sin receta médica: _____
- no me acuerdo

¿Alguna vez ha recibido inyecciones para las alergias? Sí No Si es así, ¿cuándo?

¿Tiene algún interés de hablar con su médico acerca de inyecciones para la alergia el día de hoy? Sí No

3. SINUSITIS, INFECCIÓN DE LOS OÍDOS (Si no tiene ninguno, vaya a la sección 4)

¿Ha tenido frecuentes infecciones de oído? Sí No Si es así, ¿cuántas en el último año? _____

¿Ha tenido frecuentes sinusitis? Sí No Si es así, ¿cuántas veces en el último año? _____

¿A qué edad empezaron las sinusitis e infección del oído? _____

¿Cuántas veces ha tomado antibióticos en el último año por sinusitis o infección de oídos? _____

¿Responde bien al tratamiento de antibióticos cuando los ha tomado? Sí No

¿Lo ha visto el otorrinolaringólogo (oído, nariz, garganta)? Sí No Si es así, ¿cuándo?

¿Se le ha hecho alguna prueba (ejem. Rayos-x, estudios de sangre) para sus oídos y/o sinusitis? Sí No Si es así, ¿cuáles pruebas?

¿Ha tenido una cirugía de Otorrinolaringología? Sí No Si es así, ¿de qué tipo y cuándo?

4. ECZEMA (picazón crónica en la piel seca) (si no tiene ninguno, vaya a la sección 5)

¿Cuántos años tenía cuando empezó a tener eczema? _____

Marque las partes del cuerpo con eczema: cara cuello cuerpo cabelludo brazos codos muñecas dedos de la mano piernas rodillas tobillos pies pecho abdomen espalda

¿Puede identificar algún factor que provoque la eczema?

¿Hay algún alimento que empeora la eczema? Sí No Si es así, ¿qué alimentos? _____

Marque los medicamentos para la piel que ha usado:

hydrocortisone Aclovate triamcinolone Cutivate Elocon otros esteroides tópicos:

Elidel Protopic no me acuerdo otro: _____

¿Utiliza un humectante regular para la piel? Si es así, ¿cuál?

5. REACCIONES DE ALERGIAS CON ALIMENTOS (si no tiene ninguno, vaya a la sección 6) – Enumere los alimentos que sospecha que es alérgico y el tipo de reacción

Alimentos	Picazón en la boca, garganta	Salpullido/ronchas/eczema	Vómito/diarrea	Hinchazón facial	Sibilancia, tos	Dificultad para respirar	Shock	Otro

¿Después de cuánto tiempo ocurrió la reacción? (marque uno) : en 2 horas 2-24 horas más de 24 horas

¿Fue a la sala de emergencias o a cuidados agudos debido a la reacción? Sí No

¿Necesitó tomar medicina oral o una inyección para tratar la reacción? Sí No

¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera reacción a los alimentos? _____

¿Cuándo fue su reacción más reciente a los alimentos? _____

¿Se le ha hecho pruebas de la piel o de sangre para detectar alergias a alimentos? Sí No

Si es así, ¿cuáles fueron positivos?

¿Tiene un dispositivo con epinephrine para que se inyecte usted mismo, como es EpiPen o Auvi Q? Sí ¿cuál? _____ No

6. RONCHAS (si no tiene ninguno, vaya a la sección 7)

¿Ha tenido ronchas? Sí No

Si es así, ¿qué tan seguido? diario frecuente seguido ocasional raramente

¿Dónde le salen las ronchas en el cuerpo? en todas partes principalmente en la cara labios torso, abdomen extremidades pies manos

¿Ha notado algún factor que cause las ronchas? alimentos calor expuesto al frío presión otro: _____

¿Las ronchas se mejoran cuando usa un antihistamínico (e.g. Benadryl, Claritin, Zyrtec, Allegra)? Sí No

¿Le han realizado algunas pruebas para evaluar las ronchas? Sí No Si es así, ¿qué pruebas y cuáles fueron los resultados? _____

7. REACCIONES A INSECTOS (Si no tiene ninguno, vaya a la sección 8)

Ha tenido una reacción adversa (ejem. ronchas, sibilancia, hinchazón, palidez, etc.) a un piquete de:

- abeja abejorro avispa amarilla avispón hormiga otro: _____

Describe la reacción: _____

¿Cuándo fue su última reacción? _____

¿Se le ha recetado un auto inyectador de epinephrine, como EpiPen o AuviQ? Sí No

¿Ha desarrollado una reacción de hinchazón grande local a piquetes de insectos? Sí No Si es así, describa lo que sucede: _____

8. ALERGIAS A MEDICAMENTOS y OTRO TIPO DE ALERGIAS

¿Tiene alergias a antibióticos u otros medicamentos? Sí No

Si es así, explique lo que sucede

- ¿cuál medicamento? _____
- ¿qué tipo de reacción? _____

¿Es alérgico al látex (globos, caucho o elástico)? Sí No

Si es así, explique qué sucede: _____

¿Tiene alguna alergia de contacto? Sí No

Si es así, explique: _____

MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente y la razón por la cual los toma (incluyendo los de receta, de venta libre, hierbas, homeopáticos)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEDIO AMBIENTE

Marque las mascotas que tenga: Perros En casa o afuera (márquelos con un círculo)

Gatos En casa o afuera (márquelos con un círculo)

Hámster Conejillo de indias Otro: _____

¿Alguien en su casa fuma?: Sí No

¿Qué tan vieja es su casa? _____ años

¿Ha habido algún daño en el sistema del agua o hay moho en su casa? Sí No

¿Qué tipo de pisos tiene en su recámara? Alfombra Loseta Madera

HISTORIAL FAMILIAR (Marque los que aplica):

Familiares	Asma	Fiebre del heno, alergia nasal	Eczema	Alergia a alimentos	Ronchas	Reflujo/Acidez
Madre						

Padre						
Hermano(a)						
Tíos (as)						

Enumere otras enfermedades que existen en la familia:

HISTORIAL MÉDICO PREVIO

Enumere problemas médicos que haya tenido: _____

Enumere las fechas de hospitalizaciones que haya tenido debido a problemas que no sea asma: _____

Enumere las cirugías que haya tenido y las fechas:

REVISIÓN DE SISTEMAS (Marque sí o no)

- Corazón: ¿Ha tenido un soplo cardiaco o ritmo irregular? Sí No
- ¿Se ha desmayado o perdido consciencia? Sí No
- ¿Ha tenido una enfermedad coronaria arterial? Sí No
- GI: ¿Tiene frecuentes excrementos sueltos? Sí No
- ¿Tiene dolor abdominal? Sí No
- ¿Tiene dificultad al pasar la comida o dolor? Sí No
- ¿Tiene acidez o un historial de GERD? Sí No
- ¿Ha tenido algún problema del hígado, como hepatitis? Sí No
- Sistema nervioso: ¿Problemas neurológicos crónicos? Sí No
- ¿Padece de ansiedad crónica? Sí No

¿Sufre de depresión? Sí No Otras preocupaciones _____

Para las mujeres: ¿Está embarazada, amamantando o planea hacerlo en el futuro? Sí No

HISTORIAL SOCIAL:

- ¿Fuma? Sí No Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____ años ¿Cuántos paquetes por día? _____
- ¿Fumó en el pasado? Sí No Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____ años ¿Cuántos paquetes por día? _____
- ¿Cuándo suspendió? _____
- ¿En qué trabaja? _____
- ¿Algún pasatiempo poco usual o alguna contaminación en su trabajo? _____

¿Está interesado en participar en un estudio de investigación clínica? Sí No

Hasta donde yo sé, esta información proporcionada en este formulario es correcta:

Firma _____

Nombre impreso: _____

Fecha ____/____/____

Proveedor _____

Fecha ____/____/____ Hora: ____