



Name: _____

MR#: _____ Finance: _____

DOB: _____

MD: _____

Cuestionario del Historial de Alergias para el Paciente Pediátrico

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

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

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

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

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

¿Su hijo ha sido diagnosticado con asma? Sí No ¿A qué edad (aproximadamente)? _____

Marque si alguno de los siguientes representa un problema para su hijo:

tos sibilancia corto de respiración opresión de pecho Limitado para correr, jugar

¿Cuántos años tenía su hijo 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 su hijo 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 su hijo estar en la unidad de cuidado intensivo (ICU) por el asma? Sí No ¿Cuántas veces en el ICU?: _____

¿En el ICU ha tenido su hijo que estar con un tubo en las vías respiratorias y un ventilador para respirar? Sí No

Si es así, explique los detalles: _____

¿Alguna vez ha tenido su hijo 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 su hijo tratamiento con esteroides orales (ejem. prednisone, dexamethasone, Decadron, Medrol) en el último año? _____

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

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

¿Cuántos días de escuela ha perdido su hijo debido a los síntomas? _____

¿Cuántos días de trabajo ha perdido debido a los síntomas de asma/de pecho de su hijo en el último año?

¿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 su hijo 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

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 su hijo: 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 su hijo 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 su hijo 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

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

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

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

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

¿A qué edad su hijo empezó con 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 su hijo 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 su hijo 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

¿Qué tan frecuente es el salpullido? Ocasional, va y viene mucho tiempo mucho o todo el tiempo

¿Qué tan mal es el salpullido de eczema? leve moderado severa

En general, ahora que está creciendo su hijo, es el salpullido (escoja uno): mejorando empeorando igual

¿Puede identificar algún alimento que empeore la eczema? Sí No Si es así, ¿qué alimentos?

¿Hay algún factor que provoca la eczema? _____

5. REACCIONES CON ALIMENTOS (si no tiene ninguno, vaya a la sección 6) – Enumere los alimentos que sospecha que su hijo 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 su hijo a la sala de emergencias o a cuidados agudos debido a la reacción? Sí No

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

¿Cuántos años tenía su hijo 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 su hijo un dispositivo con epinephrine para que se inyecte usted mismo, como es EpiPen o Auvi Q? Sí No ¿cuál?
_____ No

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

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

abeja abejorro avispa amarilla avispón hormiga otro: _____

Describa la reacción: _____

¿Cuándo fue su última reacción? _____

¿Se le ha recetado un auto inyector 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 su hijo alergias a antibióticos u otros medicamentos? Sí No

Si es así, explique lo que sucede

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

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

Si es así, explique qué sucede: _____

¿Tiene su hijo alguna alergia de contacto? Sí No

Si es así, explique: _____

MEDICAMENTOS (marque todos los que ha usado o tratado en el pasado):

Inhaladores: Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil, Xopenex) Ipratropium (Atrovent) Combivent
Flovent Qvar Pulmicort
Alvesco Asmanex Aerospan
Advair Symbicort Dulera
Serevent Foradil
Otros: _____

Medications nebulizados: albuterol Xopenex Pulmicort (budesonide) Atrovent Combivent

Aerosoles Nasales: fluticasone (Flonase) Nasonex Rhinocort Nasacort Veramyst
Astelin Astepro Patanase
Atrovent-Nasal Afrin neosynephrine agua salina

Antihistaminicos: Zyrtec (cetirizine) Claritin (loratadine) Allegra (fexofenadine) Clarinet Xyzal
Benadryl (diphenhydramine) Atarax (hydroxyzine) Otros meds sin receta:

Preparaciones de la Pile: hydrocortisone Aclovate triamcinolone Kenalog Elocon Cutivate
Elidel Protopic Otros: _____

Enumere las reacciones adversas o efectos secundarios que su hijo ha tenido a algún medicamento: _____

Enumere todos los medicamentos que su hijo está actualmente tomando por alguna razón (incluye sin receta médica, hierbas y remedios 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 su hijo debido a problemas que no sea asma:

Enumere las cirugías que haya tenido y las fechas:

¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer? : _____ ¿fue prematuro? No Sí
¿Tuvo problemas al nacer? (explique): _____

Anote otros problemas médico que tiene su hijo:



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
- GI: ¿Tiene dolor abdominal? Sí No
- ¿Tiene dificultad al pasar la comida o dolor? Sí No
- ¿Tiene acidez o un historial de GERD? Sí No
- ¿Tiene frecuentes excrementos sueltos? Sí No
- ¿Ha tenido algún problema del hígado, como hepatitis? Sí No
- Sistema nervioso: ¿Su hijo tiene convulsiones? Sí No
- ¿Qué problemas de aprendizaje tiene su hijo?: _____
- Riñones: ¿Su hijo tiene problemas renales? Sí No

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

Firma _____

Nombre impreso: _____

Parentesco: _____

Padres/ tutor legal Fecha ____/____/____ Hora: _____ Fecha del proveedor ____/____/____ Hora: _____

Proveedor _____

Fecha ____/____/____ Hora: _____