

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha: ____/____/____

Médico Primario: _____ Tipo de Práctica: Pediatría Medicina Familiar

Referido por: _____ Auto-referido Otro: _____

Motivo de la visita:

- Síntomas nasales sinusitis tos dificultad para respirar
 Asma/sibilancias (pillido) ronchas hinchazón erupción en la piel eczema reacciones a comidas
 Alergia a medicamento(s) alergia a picaduras de insectos infecciones recurrentes

otro: _____

Por favor indique los síntomas del paciente (marque todo lo que aplica):

General

- fiebre escalofríos fatiga

Nariz

- nariz congestionada moqueo nasal, moco cristalino moqueo nasal, moco de color estornudo comezón de nariz
 respiración ruidosa con la nariz pérdida del olfato pérdida del sentido del gusto sangrados de la nariz
 respiración con la boca ronquido ruidoso dolor de senos paranasales (frente/mejillas) pólipos nasales

La severidad de los síntomas nasales cuando están peor es: leve moderado severo

Ojos

- ojos llorosos comezón de ojos ojos rojos párpados hinchados
 secreción de ojos sequedad irritación visión borrosa

Oídos

- comezón de oídos oídos que se tapan y destapan pérdida de la audición infecciones de oídos

Garganta y Boca

- comezón de garganta/paladar dolor de garganta por la mañana ronquera carraspera /goteo postnasal

Cabeza

- dolor de cabeza migraña mareo

Pecho

- tos por la noche tos durante el día tose moco sibilancias/pillido
 falta de aire dolor/pecho apretado síntomas con ejercicio

Estomago

- náusea vomito diarrea constipación
 agruras dolor/cólicos se ahoga con la comida

Piel

- ronchas comezón erupción de la piel hinchazón

Otro

- no duerme bien dolor de cuerpo artritis Otro _____

Historia Inmunológica: (marque todo lo que aplica)

- infecciones recurrentes de sinusitis infecciones recurrentes de oídos infecciones recurrentes de garganta

- neumonía recurrente bronquitis recurrente infecciones recurrentes de la piel

¿Cuándo comenzó **cada uno** de los síntomas por primera vez? (edad o fecha)

Los síntomas nasales o de los senos paranasales son peor (marque todo lo que aplica):

- todo el año primavera verano otoño invierno
 por la mañana por la tarde por la noche en lugares encerrados afuera

¿Que provoca que vengan los síntomas de la nariz, ojos, cabeza, piel, estomago o cualquier otro síntoma?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> gripa/infecciones respiratorias | <input type="checkbox"/> ejercicio | <input type="checkbox"/> humo de cigarro | <input type="checkbox"/> polvo |
| <input type="checkbox"/> perro | <input type="checkbox"/> gato | <input type="checkbox"/> olores fuertes | <input type="checkbox"/> perfume |
| <input type="checkbox"/> cambios de clima | <input type="checkbox"/> lluvia | <input type="checkbox"/> aire acondicionado | <input type="checkbox"/> comidas |
| <input type="checkbox"/> humedad (hongo) | <input type="checkbox"/> pasto (zacate) | <input type="checkbox"/> hierbas | <input type="checkbox"/> arboles |
| <input type="checkbox"/> flores | <input type="checkbox"/> smog | <input type="checkbox"/> menstruación | <input type="checkbox"/> emociones fuertes |
| <input type="checkbox"/> cosméticos | <input type="checkbox"/> jabones | <input type="checkbox"/> telas | <input type="checkbox"/> pinturas/barniz |
| <input type="checkbox"/> medicamentos: _____ | | <input type="checkbox"/> otro: _____ | |

Describa cualquier reacción a picadura de insectos: _____

Describa cualquier reacción a comida(s): _____

Describa cualquier reacción al látex: _____

Si ha tenido asthma, sibilancias o dificultad para respirar: No aplica

Edad en la que comenzó: _____ # de hospitalizaciones: _____

Admisiones a la unidad de cuidados intensivos: _____

En los últimos 12 meses cuantos:

Ataques de asma: _____ días que ha faltado a la escuela/trabajo: _____

Visitas a la sala de emergencias: _____

¿En promedio, cuantos días ha usado el albuterol en el último mes?: _____

¿Cuantos cursos de esteroides orales (ej: prednisona, prednisolona, medrol, dexamethasona, decadron)?: _____

¿Los síntomas respiratorios de pecho causan que se despierte de noche? si no

¿Su actividad física incluyendo el ejercicio, está limitada a causa de sus síntomas respiratorio de pecho? si no

¿Cuándo están peor sus síntomas respiratorios de pecho?

- Todo el año Enero Feb Mar Abril Mayo Jun Jul Agosto Sep Oct Nov Dic

¿Le han hecho prueba de alergias o laboratorios para evaluar su sistema inmunológico? Si No

Prueba de piel o de sangre: _____ Por el doctor: _____ año: _____

¿Recibe o ha recibido inyecciones de alergia? Si No Si contestó si: por cuantos años __ ¿le sirvieron las inyecciones? Sí

No

¿Le han hecho tomografía o rayos-x de los senos paranasales?: Si, cuando: _____ No

¿Le han hecho radiografía de tórax?: Si, cuando: _____ No

Medicamentos que toma: Incluya prescripciones, medicamentos que se compran sin receta, remedios naturales, vitaminas, suplementos dietéticos, etc.)

MEDICAMENTO	CONCENTRACION	DOSIS	RUTA	FRECUENCIA	FECHA DE COMIENZO/QUIEN LO PRESCRIBIO

¿Qué medicamentos para la alergia ha tomado en el pasado? (circule los que aplican)

- antihistamínicos? Zyrtec (cetirizina), Xyzal, Claritin (loratadina), Clarinex, Allegra (fexofenadina)
- esteroide nasal? Flonase (fluticasona), Nasonex (mometasona), Qnasl, Rhinocort, Nasocort, Veramyst, Omnaris
- antihistamínicos nasales? Astelin, Astepro, Patanase
- Singulair (montelukast)? Dymista Afrin preparaciones "D" (ejemplo: Claritin D)
- Otro:** _____

¿Tiene alergia a algún medicamento?: No alergia a: _____

Mencione los problemas médicos actuales o pasados: _____

- Agruras/reflujo Apnea obstructiva del sueño Problemas de corazón Presión arterial alta
- Colesterol alto Diabetes Ansiedad Depresión

Si el paciente es menor de 6 años, conteste lo siguiente:

¿Hubo algún problema durante el embarazo o el nacimiento?

¿Ha tenido alguna cirugía (ej. extracción de adenoides y/o amígdalas, tubos en los oídos, cirugía de corazón, tubo para alimentación por el estómago, etc.)

Describa y liste la edad que tenía en ese momento:

¿Están al día sus vacunas? Sí No

Historia Familiar (marque lo que aplica y mencione que miembro de la familia sufre del padecimiento):

- Alergias _____
 Asma _____
 Eczema _____
 Alergia a comida _____
 Alergia a picadura de insectos _____
 Fibrosis quística _____
 Pólipos nasales
 Inmunodeficiencia _____
 Otra: _____

Proporcione información acerca del ambiente de su hogar:

- Hogar:** casa
 departamento
 casa móvil
Piso: alfombra
 loza
 madera
 vinilo
Exposiciones: olores fuertes
 contaminación
 chimenea
 estufa que quema leña
Aire acondicionado: central
 de ventana acondicionado
 sin aire
Mascotas: Gatos (___#) adentro/afuera
 Perros (___#) adentro/afuera
 Otra(s) mascotas: _____
Humo de cigarro adentro/afuera de la casa:
 Si (marque abajo quien) No
 Usted mismo (el paciente)
 Madre
 Padre
 Otro(s): _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en Texas? _____

¿Dónde ha vivido anteriormente antes de vivir en Texas?

¿Quien vive en el hogar con el paciente?

¿Quién tiene la custodia del paciente (si es menor de edad) ?

Ocupación/pasatiempos:

¿Cuál es su farmacia?

Todas las paginas ha sido revisadas por el doctor: _____ Fecha: ___/___/___ Hora: _____