



CLINICA DE ALERGIAS

Cuestionario para Pacientes

NOMBRE _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Fecha de hoy** _____

A. Por favor seleccione cualquiera de los problemas que usted haya tenido y cuándo estos empezaron:

Problema / Fecha del inicio

- ___ Catarro nasal _____
- ___ Congestión nasal _____
- ___ Estornudos _____
- ___ Goteo nasal _____
- ___ Sangrado nasal _____
- ___ Dolor de garganta _____
- ___ Respiración por la boca _____
- ___ Ronquidos _____

- ___ Picazón en los ojos _____
- ___ Enrojecimiento en los ojos _____
- ___ Ojos llorosos _____
- ___ Comezón en la en la boca u oídos _____

- ___ Diarrea _____
- ___ Estómago hinchado _____
- ___ Gases _____
- ___ Problemas con la formula _____
- ___ Cólicos _____
- ___ Otros (por favor nómbrelos) _____

Problema / Fecha del inicio

- ___ Tos crónica _____
- ___ Tos periódica _____
- ___ Jadeo _____
- ___ Resfríos periódicos _____
- ___ Otitis media _____
(Infección del Oído Medio)
- ___ Bronquitis _____

- ___ Dolor de cabeza _____
- ___ Migraña _____

- ___ Urticaria _____
- ___ Eczema _____
- ___ Piel seca _____
- ___ Comezón en la piel _____

- ___ Sensación de fatiga _____
- ___ Hiperactividad _____
- ___ Problemas de comportamiento _____
- ___ Poco apetito _____

B. Ha notado que los síntomas aparecen:

En una hora especial del día o la noche? Si/No (Por favor selecciones una) Si su respuesta es "Si", cuándo?

Durante todo el año? Si/No (Por favor selecciones una) Si su respuesta es "Si", cuáles son los peores meses? _____

Solo en un tiempo particular del año? Si/No (Por favor selecciones una)
Cuándo? _____

En algún lugar en particular de la casa? Si/No (Por favor selecciones una) cuál? _____

En la casa/en la escuela? (Por favor selecciones una) Si su respuesta es "Si", hay materiales, polvo, o vapores que provocan o aumentan sus síntomas? _____

Qué síntomas presenta casi todos los días? _____

C. Por favor selecciones en la siguiente lista qué hace que sus síntomas empeoren:

- | | | |
|--------------------------------|-------------|---------------|
| ___ Quitar el polvo de la casa | ___ Flores | ___ Aspirar |
| ___ Rastrillar las hojas | ___ Árboles | ___ El sótano |
| ___ Humo del tabaco/madera | ___ Pasto | ___ Ejercicio |

Gracias por su paciencia, por favor continúe....

___ Aspirina
___ Otra medicina (Cual?) _____
___ Comidas (Cual?) _____
___ Otras (Por favor nómbrelas) _____

Gracias por su paciencia, por favor continúe....

NOMBRE _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de hoy _____

D. Alergias al Polen:

- Se agrava al aire libre
- Se agrava durante días ventosos
- Mejora en el aire acondicionado

E. Alergias al Moho:

- Empeora en sitios húmedos
- Empeora cuando corta o juega con el pasto
- Causado por rastrillar las hojas

F. Alergias al Polvo/ Ácaros/ Animal/ Moho

- Se agrava en el interior de la casa
- Empeora 30 minutos después de acostarse
- Empeora en el invierno
- Síntomas nasales con un poco de implicación en los ojos
- Molestia en el aire acondicionado

G. Tratamiento previo:

Ha indagado en el pasado sobre tratamiento para las alergias? Si / No

Ha recibido en el pasado un tratamiento para las alergias? Si / No

Ha recibido ocasionalmente "Inyecciones para la alergia" o esteroides por presentar fiebre alta? Si / No

Ha recibido tratamiento para desensibilizar? Si / No

Ha tomado antihistamínicos? Si / No Por favor nómbrellos todos (Incluyendo las marcas del mostrador)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ha usado aerosoles nasales o gotas para los ojos para la alergia? Si / No Por favor nómbrellos.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ha usado ud. medicinas para el asma, tales como inhaladores o aparatos para respirar? Si / No. Si su respuesta es positiva, por favor nombre las medicinas usadas.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Qué jabón usa ud. cuando se baña? _____

Qué detergente o suavizante de ropa usa ud.? _____

Si ud. Tiene eczema, qué medicinas ha tratado? _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____

NOMBRE _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de hoy _____

H. Medicinas:
Toma ud. aspirina o ibuprofen? Si / No Si su respuesta fue positiva, con qué frecuencia? _____

I. Hospitalizaciones:
Ha sido alguna vez hospitalizado por alguna razón? Si / No Si su respuesta fue positiva, por favor escriba cuántas veces y por qué: _____

J. Historia Familiar:
Ha recibido o recibió algún miembro de su familia tratamiento para las alergias? Si / No
Han sufrido ellos o sufrieron en el pasado de alguno de los síntomas mencionados al inicio de éste formulario? Si / No Si su respuesta fue positiva, por favor escriba los síntomas de la persona apropiada.
Madre: _____
Padre: _____
Hermano: _____
Hermana: _____
Abuelo: _____
Abuelo: _____

K. Es ud. dueño de su casa? Si / No Cuántos años tiene su casa? _____

Hay moho en su casa? Si / No

Construcción de la casa: Madera _____ Ladrillo _____ Bloque _____ Otro _____

Tipo de calefacción _____ Aire Centralizado? Si / No

Tiene ud. humidificador? Si / No Ventilador en el ático? Si / No

Qué tipo de cubierta tiene ud en el piso? _____

Tiene ud. sótano? Si / No Si su respuesta fue positiva, para qué está siendo usado? _____

Duerme ud. en el sótano? Si / No

Hay alguien en su familia que fume? Si / No Si su respuesta fue positiva, quien? _____

Hay alguien en su casa o auto que fume? Si / No

Usa o posee ud. algún producto que esté lleno de plumas? (almohada, abrigo, chaleco, cubrecama) Si / No

Tiene ud. alguna mascota en su casa (incluyendo pez)? Si / No Por favor nómbrelos _____

Está ud. expuesto a algunos otros animales? Si / No Hay animales en el salón de clases? Si / No

Es ud. dueño o monta a caballo? Si / No

Le gustaría recibir la prueba para animales diferentes de perro y gato? Si / No (conejillo de Indias, conejo, ganado vacuno, cabra, caballo, pájaros?)

Atiende ud a una escuela que tiene salones de clases en el sótano? Si / No

NOMBRE _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Fecha de hoy** _____

L. Expectativas:

Por favor describa que está esperando ud. lograr durante esta visita:

Escriba tres (3) preguntas que a usted le gustaría tener respuesta:

1. _____
2. _____
3. _____

Use este espacio para escribir otra información revelante (o posiblemente revelante), incluyendo una lista de todas las medicinas y dosis que ud. está tomando actualmente:

Medicina	Dosis	Medicina	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

NOMBRE _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de hoy _____

ALERGIA A LA COMIDA - CUESTIONARIO NUTRICIONAL

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA. DESPUES ENCIERRE EN UN CIRCULO SU RESPUESTA. SI SU RESPUESTA ES 'SI' POR FAVOR EXPLIQUE.

- Si No 1. Hay algunas comidas o bebidas que ud. a) Desea o b) Come frecuentemente? Escriba
a) _____ b) _____

- Si No 2. Hay alguna comida o bebida que a ud. no le guste? Escriba un ejemplo.

- Si No 3. Come ud. pasabocas frecuentemente entre comidas? Escriba un ejemplo.

- Si No 4. Tuvo ud. algún problema con la comida cuando ud era un niño? Por favor describa:

- Si No 5. Tiene ud. problemas con alguna comida ahora? Escribala: _____
- Si No 6. Fue ud. amamantado, o que tipo de formula le dieron? _____
- Si No 7. Ha experimentado eructos, distensión abdominal, inflamación del abdomen o calambres
después de las comidas?
- Si No 8. Está ud. despierto entre la 1:00 AM y las 5:00 AM con los siguientes síntomas?
Dolor de cabeza, mareo, cólicos estomacales, inflamación estomacal, o tos seca? **(Encierre en un círculo cuál).**
- Si No 9. Tiene ud. o algún miembro de su familia fiebre del heno, asma, urticaria, condición crónica de la
piel, migrañas, dolores de cabeza, o colitis? **(Encierre en un círculo cuál)**
- Si No 10. Durante su infancia, tuvo ud. algo de lo siguiente: eczema, urticaria, fiebre del heno, asma,
problemas de alimentación? **(Encierre en un círculo cuál)**
- Si No 11. Tiene ud. comezón en la piel, paladar o salpullido en la piel? **(Encierre en un círculo cuál)**
- Si No 12. Nota ud. con frecuencia hinchazón en sus tobillos, pies, manos o cara? **(Encierre en un círculo)**
- Si No 13. Tiene ud. fatiga notoria dos o tres horas después de las comidas?
- Si No 14. Tiene ud. escalofrío excesivo cuando los cambios de temperatura ocurren repentinamente?
- Si No 15. Tiene ud. con frecuencia dolor de cabeza o migrañas?
- Si No 16. Tiene ud. estreñimiento o diarrea que se alterna?
- Si No 17. Tiene ud. dolor en las articulaciones o en los músculos o inflexibilidad?
- Si No 18. Tiene ud. visión fluctuante?
- Si No 19. Tiene ud. repetidas infecciones causadas por hongos? **(Encierre en un círculo cuál)**
Vaginitis, pie de atleta, picazón en el área genital, manchas en la piel.