

Allergy & Asthma Center of Southern Oregon, PC
Cuestionario del Paciente

Fecha: _____ **Teléfono de Casa:** _____ **Teléfono Celular:** _____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____ **Hombre** **Mujer**

Ocupación: _____ **Escuela:** _____ **Aficiones:** _____

Información personal: _____

¿En aceptar para subirlos medicamentos de la farmacia? Si No **Farmacia:** _____

Actual síntomas médicos: (circula todo que se aplican)

Congestión nasal	Ojos que pican	Tos del día	Asma con ejercicio	Eczema	Dolor de cabeza
Goteo nasal	Ojos llorosos	Tos del noche	Sibilancias	Erupción cutanea	Ronquidos
Estornudo	Ojos en rojecidos	Tos productivo	Dificultad para respirar	Urticaria	Problemas para dormir

Desencadenantes de los Síntomas: Polvo Árboles Césped/Hierbas Malas Hierbas Mascotas Molde/Mono Fumar/Humo Olores Perfume Contaminación

Los meses de más molesto: Enero Feb Marzo Abr Mayo Junio Julio Augusto Set Oct Nov Dec

La Historia Clínica (circula todo que se aplica):

Enfermedad crónica	Asma/enfisema	Reflujo gástrico	Depresión
Dolores de cabeza	Otra enfermedad pulmonary	Problemas Intestinales	Ansiedad
Convulsions/trazos	Alta Presión Sanguinea	Diabetes	Síndrome de Fatiga Crónica
Glaucoma	Enfermedad del Corazón	Problemas Tiroideos	Fibroialgia
Tubos de oida (¿cirugía?)	¿Tomas un bloqueador beta? Si No	Hepatitis/Ictericia	

Poliopos nasales (¿cirugía?) **Otra Condición:** _____

Intolerancia a la Comida: Ninguna Leche de Vaca Huevo Trigo Maíz Mariscos Frutas Nueces Otra: _____

Reacciones de los Insectos: Nunca Abejas Mosquitos Otra: _____

Contactantes de la Piel: Nunca Hiedra Venosa Metal Joyeria Otra: _____

Cirugía Historia Pasado: _____

Historia Médica de Familia (Trazar una línea entre la condición y el miembro de la familia):

Asma Fiebre de Heno Eczema Urticaria Alergia de Comida Otra Alergia en la familia: _____

Madre Padre Hermanos Hermanas Hijo Hija Otros Parientes: _____

Condición de Casa: (circula todo los que aplican):

Presente en casa : Casa Apartamento Casa Móvil Condominio Otra: _____

Casa Presente Tiene: Calor de Aire Forzado Estufa de Leña Calentador de Base Aire acondicionado

Hay: Áreas Húmedas en la casa Molde en las casa Humedad Debajo de la Casa a Sotea o Sótano

Vivió en casa actual: Año: ____ Edad de Casa: ____ Localidad: _____ Año en que se mudó a Oregon: _____

¿En qué área geográfica ha vivido la mayor parte de su vida? _____

Productos de Dormitorio Utilizados (circular todo se aplican): Colchón Cama de Agua Litera Otra: _____

Almohada de Plumas Consolador de Plumas Edredón Futón Manta de Lana Alfombrado Ventana abierta al Noche

¿Usas cubiertas de polvo?: Almohada: Si No Colchón: Si No

Historia de Mascotas: Perros: Cuántos: ____ Adentro: Si No Duermen en el Dormitorio: Si No

Gatos: Cuántos: ____ Adentro: Si No Duermen en el Dormitorio: Si No

Otras Mascotas or Animales: _____ ¿Tiene exposición a graneros o animales de rancho?: Si No

Historia de Fumar ¿fumaste alguna vez?: Si No Año Iniciado: ____ Paquetes al Día: ____ ¿Saliste?: Si No ¿cuando?: _____

¿Alguien puede fumar en su casa?: Si No ¿Quién?: _____

Está recibiendo inyecciones de alergia: Si No **Año Iniciado:** ____ **Mantenimiento** **Edificio** **Inhalantes** **Veneno**

Uso de alcohol: Si No Ejercicio: Si No Consumo de Drogas: Si No Sensible a la Aspirina: Si No

Alergias Medicinales / Intolerancias: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____