



Allergy & Asthma Center of Southern Oregon, PC

Edward M. Kerwin, MD Kevin W. Parks, MD Ryan B. Israelson, MD
Jaleh Ostovar, FNP-C Jennifer K. Milligan, PA-C Kary A. Kelly, FNP-C Tiffany R. Smith, PA-C
Teléfono (541) 858-1003 Fax (541) 857-4499

Cuestionario del Paciente

(New Patient Questionnaire)

Fecha: Telefono de Casa: Telefono 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 medicos: Congestión nasal Ojos que pican Tos del dia Asma con ejercicio Eczema Dolor de cabeza
Goteo nasal Ojos llorosos Tos del noche Siblicancias 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 Mascotas Molde/Mono Fumar/Humo Olores Perfume Contaminación

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

La Historia Clínica: 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: Asma Fiebre de Heno Eczema Urticaria Alergia de Comida Otra Alergia en la familia:

Condición de Casa: 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: 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: