



# Allergy & Asthma Center

of Southern Oregon, PC

Kevin W. Parks, MD Ryan B. Israelson, MD Edward M. Kerwin, MD

Tiffany R. Smith, PA-C Joann L. Reed, MSN, NP-C

Phone (541) 858-1003 Fax (541) 857-4499

## Cuestionario del Paciente

(New Patient Questionnaire)

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
(Date) (Home Phone) (Cell Phone)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Hombre Mujer  
(Name) (DOB) (Age) (Male) (Female)

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Aficiones: \_\_\_\_\_  
(Occupation) (School) (Hobbies)

### Información personal (Personal Information):

¿En aceptar para subirlos medicamentos de la farmacia? Si No Farmacia: \_\_\_\_\_  
(OK to upload medications from your pharmacy) (Yes) (No) (Pharmacy)

### Actual síntomas medicos: (Current Medical Symptoms) (circula todo que se aplican)

Congestión nasal Ojos que pican Tos del día Asma con ejercicio Eczema Dolor de cabeza  
(Nasal Congestion) (Itchy Eyes) (Day Cough) (Asthma or W/Exercise) (Eczema) (Headache)  
Goteo nasal Ojos llorosos Tos del noche Sibilancias Erupción cutanea Ronquidos  
(Post Nasal Drip) (Watery Eyes) (Night Cough) (Wheezing) (Skin Rash) (Snoring)  
Estornudo Ojos en rojecidos Tos productivo Dificultad para respirar Urticaria Problemas para dormir  
(Sneezing) (Reddened Eyes) (Productive Cough) (Shortness of Breath) (Hives) (Sleep Problems)

Desencadenantes de los Síntomas: Polvo Árboles Césped/Hierbas Malas Mascotas Molde/Mono Fumar/Humo Olores Perfume Contaminación  
(Triggers for Symptoms) (Dust) (Trees) (Grasses/Weeds) (Pets) (Molds/Mildew) (Smoke) (Odors) (Perfumes) (Pollution)

Los meses de más molesto: Enero Feb Marzo Abr Mayo Junio Julio Agosto Set Oct Nov Dec  
(Most bothersome months) (Jan) (Feb) (March) (April) (May) (June) (July) (Aug) (Sept) (Oct) (Nov) (Dec)

### La Historia Clínica: (Past Medical History) (circula todo que se aplica)

Enfermedad crónica Asma/enfisema Reflujo gástrico Depresión  
(Chronic Skin Disease) (Asthma or Emphysema) (Gastric Reflux) (Depression)  
Dolores de cabeza Otra enfermedad pulmonary Problemas Intestinales Ansiedad  
(Headaches) (Other Lung Disease) (Intestinal Problems) (Anxiety)  
Convulsions/trazos Alta Presión Sanguinea Diabetes Síndrome de Fatiga Crónica  
(Seizures or Strokes) (High Blood Pressure) (Diabetes) (Chronic Fatigue Syndrome)  
Glaucoma Enfermedad del Corazón Problemas Tiroideos Fibroialgia  
(Glaucoma) (Heart Disease) (Thyroid Problems) (Fibromyalgia)  
Tubos de oida (¿cirugía?) ¿Tomas un bloqueador beta? Si No Hepatitis/Ictericia  
(Ear Tubes or Surgery) (Do you take a Beta Blocker? Y/N) (Hepatitis or Jaundice)

Poliopos nasales (¿cirugía?) Otra Condición: \_\_\_\_\_  
(Nasal Polyps or Surgery) (Other Condition)

Intolerancia a la Comida: (Food Intolerance) Ninguna Leche de Vaca Huevo Trigo Maíz Mariscos Frutas Nueces Otra: \_\_\_\_\_  
(None) (Milk) (Eggs) (Wheat) (Corn) (Shellfish) (Fruits) (Nuts) (Other)

Reacciones de los Insectos: (Insects) Nunca (No Reactions) Abejas (Bees) Mosquitos (Mosquitoes) Otra: (Others) \_\_\_\_\_

Contactantes de la Piel: (Skin Contactants) Nunca (No Reactions) Hiedra Venosa (Poison Oak) Metal (Metal) Joyería (Jewelry) Otra: (Other) \_\_\_\_\_

### Cirugía Historia Pasado: (Past Surgical History)

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

Asma (Asthma) Fiebre de Heno (Hay Fever) Eczema (Eczema) Urticaria (Hives) Alergia de Comida (Food Allergy) Otra Alergia en la familia: \_\_\_\_\_  
Madre (Mother) Padre (Father) Hermanos (Brother) Hermanas (Sister) Hijo (Son) Hija (Daughter) Otros Parientes: (Other Relatives) \_\_\_\_\_

### Condición de Casa: Home Conditions (circula todo los que aplican)

Presente en casa: (Present Home is a) Casa (House) Apartamento (Apartment) Casa Móvil (Mobile Home) Condominio (Condo) Otra: (Other) \_\_\_\_\_

Casa Presente Tiene: Calor de Aire Forzado (Forced Air Heat) Estufa de Leña (Wood Stove) Calentador de Base (Wall/Baseboard Heater) Aire acondicionado (Air Conditioning)

Hay: Áreas Húmedas en la casa (Damp Areas in Home) Molde en las casa (Mold in the House) Humedad Debajo de la (Moisture under or in House) Casa a Sotea o Sótano (Attic or Basement)

Vivió en casa actual: Año: \_\_\_\_\_ Edad de Casa: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Año en que se mudó a Oregon: \_\_\_\_\_  
(Lived in present home) (Years) (Age of home) (Location) (Year Moved to Oregon)

¿En qué área geográfica ha vivido la mayor parte de su vida? \_\_\_\_\_  
(In what geographic area have you spent most of your life?)

Productos de Dormitorio Utilizados (circular todo se aplican): Colchón Cama de Agua Litera Otra: \_\_\_\_\_  
(Bedroom Products Used) (Mattress) (Waterbed) (Bunk Bed) (Other)

Almohada de Plumas Consolador de Plumas Edredón Futón Manta de Lana Alfombrado Ventana abierta al Noche  
(Feather Pillow) (Feather Comforter) (Quilt) (Futon) (Wool or Electric Blankets) (Carpeted) (Window open at Night)

¿Usas cubiertas de polvo?: (Do you use dust covers) Almohada: Pillow Si No Colchón: Mattress Si No

Historia de Mascotas: Perros: Cuántos: \_\_\_\_\_ Adentro: Si No Duermen en el Dormitorio: Si No  
(Pet History) (Dog) (Are they ever indoors?) (Do they sleep in Bedroom?)

Gatos: Cuántos: \_\_\_\_\_ Adentro: Si No Duermen en el Dormitorio: Si No  
(Cats) (Are they ever indoors?) (Do they sleep in Bedroom?)

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?: \_\_\_\_\_  
(Smoking History) (Did you ever smoke?) (For how long?) (Packs/Day?) (Did you Quit?) (When?)

¿Alguien puede fumar en su casa?: Si No ¿Quién?: \_\_\_\_\_  
(Does anyone smoke inside your home currently?) (Who?)

Está recibiendo inyecciones de alergia: Si No Año Iniciado: \_\_\_\_\_ Mantenimiento Edificio Inhalantes Veneno  
(Are you on allergy shots) (Year started) (Maintenance) (Building) (Inhalants) (Venoms)

Uso de alcohol: Si No Ejercicio: Si No Consumo de Drogas: Si No Sensible a la Aspirina: Si No  
(Alcohol Use) (Exercise) (Drug Use) (Are you Aspirin Sensitive)

Alergias Medicinales / Intolerancias: \_\_\_\_\_  
(Medication Allergies or Intolerance)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Signature) (Date)