

QUESTIONARIO GENERAL DE ALERGIAS

Nombre, Apellido _____

Edad _____

Genero _____

Raza _____

Nombres de sus doctors/Florida physician _____

Otorinonaringologo que le atiende/ENT doctors _____

Farmacia preferida/ Preferred pharmacy (Nombre, telefono, calle) Name, phone, street name

Cuales son sus sintomas? _____

Empeso _____ **Que tan seguido le ocurre?** _____ **Peor en:** _____ **Noche** _____ **Dia** _____

Que tanto le dura? _____ **Hrs/Dias** **Ataques inesperados:** _____ **Si** _____ **No** _____

Meses que le ocurre (Circule) Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio

Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

Es peor en: _____ **Casa** _____ **Escuela** _____ **Trabajo** _____ **Deportes** **Otro** _____

Durante el ultimo año que diria que caracteriza su condicion?

_____ **Viene y va** _____ **Diario** _____ **Progresivo** _____ **Incapacitado** _____ **No puede dormir** _____

CIRCULE LO QUE AGRAVE SU PROBLEMA

IRRITANTES: Olores (Quimicos de limpiar, Perfumes, Humo, Pintura ,Liquido de inceptos, repellents, Fertilisantes, Olorantes de cuarto) **Otro** _____

SIMTOMAS DE COMIDA: Leche, Queso, Helado, Mariscos, Chocolate, Whiskey, Vino, Cerveza, Jugos, Maiz, Puerco, Huevo, Especies, Tomate, Fresas, Nueces, Mani, Trigo, Liquidos muy frio, Colorantes de comida, precervativos quimicos **Otro** _____

TIEMPO: Calor, Frio, Humedad, Seco, Lluvia, Contaminacion, Cambios de temperature, Cambio de estacion, Anochecer, Ventoleras, Cambios de el barometro.

AL CONTACTO: Envenenamiento, Cortar la hieva o flores, alboles de navidad, particulas de vidrio, Almohadas de pluma, Latex o guantes de goma, repelente, bloqueador solar, Joyas, Animales

Otros _____

NOCTURNO: De 3-4AM siente.... _____ **Toz seca** _____ **Sonido desde el pecho** _____ **Ronquidos Fuertes** _____ **Goteo postnasal** _____ **Parar de respirar por momentos** _____ **Acides** _____ **Precion en el pecho** _____ **Despertarse asustado**

PRESENT ILLNESS and REVIEW OF SYMPTOMS

CIRCULE SUS SINTOMAS/ CIRCLE YOUR SYMPTOMS:

DOLOR DE CABEZA/ Headache Sinus/Sinus Migraña/Migraine Tencion/Tension
PIEL/ Skin Erupcion/Rash Picason/Itch Inchazon/Swelling
OJOS/ Eyes Picason/Itch Rojos(irritados) Red Aldor/Burn Lagrimeo/Watery
OIDOS/Ears Picason/itch Precion/Pressure Dolor/Pain Mareo/Dizzy Infeccion/Infection
NARIZ/Nose Congestionada/Congention Mojada/Wet Estornudos/Sneeze Picazon/Itch
 Sangramiento/Bleeding Polipos/Polyps
GARGANTA/Throat Dolor/Pain Mucosidad/Mucus
VOZ/Voice Rasposa/Hoarse
TOZ/Cough Dia/Day Noche/Night Seca/Dry
 Mucosidad/Mucus.... Obscura/Dark Verde/green Roja/Red
PECHO/Chest Apretado/Tight Falta de aire/Breathless Silbido/Wheeze Suena/Rattle
ESTOMAGO/Stomach Nausea Vomito/Vomiting Acidez/GERD Diarrea/Diarrhea
 Estrenimiento/Constipation

PAST MEDICAL/SURGICAL/SOCIAL HISTORIES

CONDICIONES MEDICAS QUE TENGA O HAYA TENIDO/MEDICAL CONDITION (Circle)

Diabetis/Diabetes Presion alta/Hypertension Derrame cerebral/Stroke
 Hernia Hiatal/Hiatal Hernia Condicion cardiac/Heart condition Reflujo acido/GERD
 Tuberculosis/TB Neumonia/Pneumonia Tiroides/Thyroid
 Artritis/Arthritis Glaucoma Cancer _____
 Apnea del sueño/Sleep apnea Deficiencia Inmune/Immunodeficiency Anciedad/Anxiety
 Depresion/Depresion Osteoporosis Dificultad de aprendizaje/Learning disability
 Otros _____

CIRUGIAS/Surgeries AÑO/Year _____ **Nada** _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y REACCION/Drug allergy & reaction _____ **Nada** _____

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS/ Medications and supplements

Nada _____

FUMA/Smoke? Cigarro/Cigarettes Tabaco/Cigar Todavía/Still (Si _____ No _____) Nunca _____

Cantidad por día/Number per day _____ Año que empezó/ Year started _____

Año que paró/ Year stopped _____ Cuantos años/How many years _____

Esta expuesto a humo de cigarro?/Are you exposed to smoke? Si _____ No _____

Casa/Home _____ Trabajo/Work _____ Social/Socially _____

HISTORIA MEDICA DE SU FAMILIA/ Family Illness

| ENFERMEDAD ILLNESS | USTED SELF | PADRE FATHER | MADRE MOTHER | HERMANOS BROTHERS | HERMANAS SISTERS | HIJOS Children | ABUELOS GRAND- PARENTS |
|--------------------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|----------------------|---------------------|-------------------|------------------------------|
| Migraña Migraine | | | | | | | |
| Urticaria Hives | | | | | | | |
| Eczema | | | | | | | |
| Alta fiebre H. Fever | | | | | | | |
| Condicion de sinus Sinus Condition | | | | | | | |
| Glaucoma | | | | | | | |
| Enfisema Emphysema | | | | | | | |
| Asma Asthma | | | | | | | |
| Fibrosis quística Cystic fibrosis | | | | | | | |
| Tuberculosis | | | | | | | |
| Diabetes | | | | | | | |
| Tiroides Thyroid disease | | | | | | | |
| Ataque cardiaco Heart attack | | | | | | | |
| Derrame cerebral Stroke | | | | | | | |
| Alta presión H. blood pressure | | | | | | | |
| Cancer | | | | | | | |

OTRO _____

ESTATUS MARITAL/Marital status (Circule)

| | | | | |
|--------------|------------|--------------|-----------|----------|
| Casado/a | Married | Separado/a | Separated | Lesbiana |
| Soltero/a | Single | Divorciado/a | Divorced | Gay |
| Cohabitacion | Cohabiting | Viudo/a | Widowed | |

HIJOS/Children _____ **Adoptado/Adopted** _____

Si el paciente es un niño/ If patient is a child:

____ Una residencia/ One residence _____ Tiempo dividido entre la casa de sus padres/ Split time

Nivel de educacion/Education level _____

Bebidas alcoholicas/Alcohol intake Por dia/Per day _____ Licor _____ Cerveza _____ Vino _____

Aficiones/Hobbies _____

Profesion/ Occupation _____

AMBIENTAL Y HISTORIAL DE ALEGIA

Cuanto tiempo a vivido en la Florida?/How long have you lived in Florida? _____ **Años/Years**

Año que se construyo la propiedad/ Year dwelling built _____

Año que se mudo /Moved in year _____

CUANTAS MASCOTAS TIENE?/How many pets: _____ **Perros/Dogs** _____ **Gatos/Cats** _____ **Pajaros/Birds**
_____ **Hamsters** _____ **Conejos/Rabbits** _____ **Guinea pigs** _____ **Caballos/Horses** _____ **NINGUNO/None**

Su mascota esta/Pets come _____ **Adentro/Indoor** _____ **Solamente afuera/Only outdoor**

Sus mascotas tienen pulgas? Your pet have fleas? _____ **No** _____ **Si/yes**

Corchon donde duerme/Mattress _____ **Año/year**

Alfombra/Carpet _____ **Cuarto/Bedroom** _____ **Sala/Livingroom**

Aire acondicionado-A/C _____ **Central** _____ **De pared/Wall unit**

FIRMA DEL PACIENTE: _____

Doctor _____ **Med Assistant** _____ **Date** _____