HennepinHealthcare

Allergy Clinic

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Fecha de hoy: _____

Cuestionario para nuevos pacientes

Nombre del proveedor de atención primaria:_____
Clínica primaria:_____

¿Se recomendó una consulta? ☐ Sí ☐ No
Nombre del proveedor remitente (si fuera diferente): _____

Por favor responda las siguientes preguntas para facilitar el diagnóstico de su enfermedad específica.

Los motivos de su cita:

☐ Sí	☐ No	Síntomas nasales o de sinusitis
☐ Sí	☐ No	Síntomas oculares
☐ Sí	☐ No	Asma
☐ Sí	☐ No	Tos
☐ Sí	☐ No	Eczema
☐ Sí	☐ No	Urticaria (vea la página 4)
☐ Sí	☐ No	Reacciones alimentarias (vea la página 4)
☐ Sí	☐ No	Picaduras de insectos (vea la página 5)
☐ Sí	☐ No	Otros

Si tiene síntomas nasales o de sinusitis, tiene usted:

☐ Sí	☐ No	Congestión nasal
☐ Sí	☐ No	Secreción nasal
☐ Sí	☐ No	Picazón
☐ Sí	☐ No	Estornudo
☐ Sí	☐ No	Obstrucción nasal
☐ Sí	☐ No	Secreciones que bajan hasta la garganta
☐ Sí	☐ No	Secreción amarillenta/verdosa
☐ Sí	☐ No	Sangrado
☐ Sí	☐ No	Sentido del olfato deficiente
☐ Sí	☐ No	Historia de pólipos nasales
☐ Sí	☐ No	Historia de cirugía de sinusitis Fecha: _____
☐ Sí	☐ No	Sinusitis combinada con dolor de cabeza
☐ Sí	☐ No	Historia de infecciones de sinusitis ¿Cuántas el año pasado? _____
☐ Sí	☐ No	¿Ha utilizado algún spray nasal? Si la respuesta es Sí, indique las marcas: _____ _____
☐ Sí	☐ No	¿Ha utilizado pastillas para los síntomas? Si la respuesta es Sí, indique las marcas: _____ _____

Si tiene síntomas oculares, tiene usted:

☐ Sí	☐ No	Picazón
☐ Sí	☐ No	Ojos llorosos
☐ Sí	☐ No	Irritación/Enrojecimiento
☐ Sí	☐ No	Ardor
☐ Sí	☐ No	Supuración/Encostramiento
☐ Sí	☐ No	¿Ha utilizado gotas para los ojos? Si la respuesta es Sí, indique las marcas: _____ _____

Notas del médico

HennepinHealthcare

Allergy Clinic

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Fecha de hoy: _____

Cuestionario para nuevos pacientes

¿Cuándo se presentan los síntomas nasales, de sinusitis u oculares?:

- ☐ Primavera
- ☐ Verano
- ☐ Otoño
- ☐ Invierno
- ☐ Todo el tiempo
- ☐ Por las mañanas
- ☐ Al atardecer
- ☐ Al dormir
- ☐ En el trabajo/En la escuela
- ☐ Al aire libre
- ☐ En lugares cerrados

Los síntomas nasales, de sinusitis u oculares empeoran con:

- ☐ Gatos
- ☐ Perros
- ☐ Polvo
- ☐ Hacer ejercicio
- ☐ Resfríos/Infecciones
- ☐ Humo de cigarrillo
- ☐ Humedad
- ☐ Frío
- ☐ Cortar el césped
- ☐ Recoger hojas con un rastrillo
- ☐ Calor
- ☐ Cambios de temperatura
- ☐ Perfumes/fragancias
- ☐ Alimentos: _____
- ☐ Fármacos: _____
- ☐ Otros: _____

Si tiene síntomas de asma o tos, tiene usted:

☐ Sí	☐ No	Respiración jadeante
☐ Sí	☐ No	Falta de aliento
☐ Sí	☐ No	Opresión en el pecho
☐ Sí	☐ No	Tos cuando duerme
☐ Sí	☐ No	Tos productiva con flema
☐ Sí	☐ No	Acidez estomacal
☐ Sí	☐ No	¿Alguna vez le han diagnosticado asma? Edad: _____
☐ Sí	☐ No	Síntomas desde que era pequeño. Si la respuesta es Sí, edad de inicio: _____
☐ Sí	☐ No	¿Hospitalizaciones por asma? Si la respuesta es Sí, indique la cantidad de veces: _____
☐ Sí	☐ No	Visitas a una sala de emergencias por asma. Si la respuesta es Sí, indique la cantidad de veces: _____
☐ Sí	☐ No	¿Los síntomas lo hicieron faltar a la escuela o el trabajo el año pasado? Si la respuesta es Sí, indique la cantidad de veces: _____
☐ Sí	☐ No	¿Ha utilizado inhaladores para los síntomas? Si la respuesta es Sí, indique las marcas: _____ _____

Los síntomas de asma/tos se presentan:

- ☐ Primavera
- ☐ Verano
- ☐ Otoño
- ☐ Invierno
- ☐ Todo el año
- ☐ Por las mañanas
- ☐ Por las tardes
- ☐ Al atardecer
- ☐ Por las noches
- ☐ En la casa
- ☐ En el trabajo/En la escuela

Notas del médico

HennepinHealthcare

Allergy Clinic

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Fecha de hoy: _____

Cuestionario para nuevos pacientes

Los síntomas de asma/tos empeoran con:

- ☐ Animales
- ☐ Polvo
- ☐ Humo
- ☐ Alimentos
- ☐ Infecciones
- ☐ Resfríos
- ☐ Aire húmedo
- ☐ Hacer ejercicio
- ☐ Aire frío
- ☐ Fármacos:_____

Notas del médico

_____
_____
_____
_____
_____

Entorno familiar

- ☐ Casa
- ☐ Departamento/Condominio
- ☐ Casa móvil
- ☐ Gatos ¿cuántos? ____
- ☐ Perros ¿cuántos?____
- ☐ Pájaros
- ☐ Otras mascotas
- ☐ Almohada de plumas
- ☐ Cobertor de plumas
- ☐ Alfombra del dormitorio
- ☐ Filtro de aire del cuarto
- ☐ Ciudad
- ☐ Campo/Bosque/Lago
- ☐ Suburbio
- ☐ Humo de cigarrillo
- ☐ Calefacción por aire forzado
- ☐ Estufa o chimenea de leña
- ☐ Aire acondicionado
- ☐ Sótano húmedo
- ☐ Moho
- ☐ Filtro de aire de toda la casa

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Historia social

Ocupación: _____

Si es un menor de edad, la residencia primaria del menor es:

☐ Una casa ☐ Dividido entre dos casas

Actividades de recreación: _____
_____
_____

_____
_____
_____
_____

Revisión de sistemas *Encierre en un círculo todo lo que corresponda*

General	Aumento de peso	Pérdida de peso	Cambios en el sueño
Oídos	Plenitud	Disminución de la audición	Mareo
Nariz	Ronquido	Cambio en el sentido de olfato	Secreción
Garganta	Carraspera	Irritación	Dificultad para tragar
Respiratorio	Falta de aliento	Respiración jadeante	Flema
Cardiovascular	Dolor de pecho	Hinchazón de tobillos	Palpitaciones
Gastrointestinal	Náuseas	Acidez estomacal	Reflujo
Musculoesquelético	Dolor en las articulaciones	Rigidez en las articulaciones	Hinchazón en las articulaciones
Neurológico	Convulsiones	Desmayo	Debilidad
Psiquiátrico	Cambios de estados de ánimo	Ansiedad	
Endocrino	Intolerancia al frío	Intolerancia al calor	Temblores
Hematológico	Sangrado	Moretones	
Piel	Sarpullido	Descamación	Cambios en las uñas

HennepinHealthcare

Allergy Clinic

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Fecha de hoy: _____

Cuestionario para nuevos pacientes

Urticaria

Si está preocupado por su afección de urticaria, responda a las siguientes preguntas:

¿Los siguientes síntomas suceden al mismo tiempo?

☐ Sí ☐ No Respiración jadeante
☐ Sí ☐ No Dificultad para tragar
☐ Sí ☐ No Sensación de opresión en la garganta
☐ Sí ☐ No Calambres abdominales
☐ Sí ☐ No Hinchazón de los labios/párpados/manos/pies

☐ Sí ☐ No ¿Está usted cada vez más estresado?
☐ Sí ☐ No ¿Ha tomado últimamente nuevos medicamentos o suplementos?
☐ Sí ☐ No ¿Le han cambiado la dosis de sus medicamentos recientemente?
☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido alguna infección reciente?
☐ Sí ☐ No ¿Tiene contacto con látex?
☐ Sí ☐ No ¿Tiene antecedentes de hepatitis?
☐ Sí ☐ No ¿Usted o su familia tiene antecedentes de niveles bajos o altos de la hormona estimulante de la tiroides (TSH)?
☐ Sí ☐ No ¿Usted o su familia tiene antecedentes de lupus o artritis reumatoide?
☐ Sí ☐ No ¿Algún familiar tiene episodios de urticaria o eritema?

Notas del médico

_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____

_____

_____
_____
_____
_____

_____

_____

¿Qué de lo siguiente le causa urticaria o eritema?

☐ Calor ☐ Frío
☐ Hacer ejercicio ☐ Estrés
☐ Presión ☐ Alimentos
☐ Medicamentos ☐ Aspirina/Ibuprofeno
☐ Alimentos ☐ Menstruaciones

_____
_____
_____
_____
_____

Alergia alimentaria

Si está preocupado por sus episodios de alergia alimentaria, responda las siguientes preguntas:

¿Qué síntomas le aparecen después de comer un alimento específico?

☐ Urticaria ☐ Dolor abdominal
☐ Garganta inflamada ☐ Vómito
☐ Le pica la garganta ☐ Diarrea
☐ Congestión nasal ☐ Asma
☐ Dermatitis ☐ Otros

_____
_____
_____
_____
_____

¿Qué cantidad de alimento alcanza a comer cuando comienzan a aparecer los síntomas?_____
¿Qué tan pronto después de comer se presentan los síntomas?_____

☐ Sí ☐ No ¿Sabe cuáles alimentos le producen la reacción?
Si la respuesta es Sí, especifique: _____

☐ Sí ☐ No ¿La reacción ha requerido una visita a la sala de emergencias o una hospitalización?
Si la respuesta es Sí, indique cuándo:_____

HennepinHealthcare

Allergy Clinic

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Fecha de hoy: _____

Cuestionario para nuevos pacientes

Picaduras de insectos

Si está preocupado por las picaduras de insectos, responda a las siguientes preguntas:

¿Qué síntomas ocurren después que le pica un insecto?

- ☐ Urticaria
- ☐ Garganta inflamada
- ☐ Le pica la garganta
- ☐ Congestión nasal
- ☐ Eritema
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Vómito
- ☐ Diarrea
- ☐ Asma
- ☐ Pérdida del conocimiento

Notas del médico

_____
_____
_____
_____
_____

¿Cuántos insectos lo picaron justo antes de la reacción alérgica?_____

¿Qué tan pronto después de la picadura de insecto aparecieron los síntomas?_____

☐ Sí ☐ No ¿Sabe qué insecto (avispa, avispa chaqueta amarilla, avispón, abeja) le causa reacción alérgica?
Si la respuesta es Sí, especifique: _____

☐ Sí ☐ No ¿La reacción ha requerido una visita a la sala de emergencias o una hospitalización?
Si la respuesta es Sí, indique cuándo:_____

¿Hay algo más que le gustaría que su médico sepa?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____