

# Advanced Allergy & Asthma Care, PLLC.

Rima Sanka, D.O. Latha M. Chamarthy, M. D. Ami Degala, M. D.

Certificado en Alergia Asma e Inmunología

## **QUESTIONARIO PARA EL PACIENTE: POR FAVOR RECUERDE FIRMAR EN LA PARTE INFERIOR DE LA PÁGINA 2 y 3!!**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros: \_\_\_\_\_ Doctor Primario: \_\_\_\_\_

**1. Brevemente describa el motivo de su visita y lo que espera lograr:** \_\_\_\_\_

### **2. Síntomas (un círculo):**

**Nariz:** Las hemorragias nasales Secreción nasal Congestión nasal La respiración bucal Comezón  
Ronquidos La pérdida del olfato o del gusto

**Garganta:** El goteo postnasal Garganta despejar los senos paranasales

**Sinus:** Dolores de la cabeza Los dolores de garganta mal aliento Olfateando Resfriados  
Frecuentes Presión

**Oído:** Las infecciones del oído Dolor La pérdida de audición

**Ojos:** Enrojecimiento Ronquera Hinchazón Picazón Secreción

**Piel:** Rash Urticaria Eczema Picazón Sequedad

**Pecho:** Tos Sibilancias Falta de aliento Bronquitis

Otros: ? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas \_\_\_\_\_

**¿Ha faltado a cualquier hora del trabajo / escuela a causa de sus alergias? Sí / No**

**En caso afirmativo, ¿cuántos días en los últimos 12 meses?** \_\_\_\_\_

### **3. Síntomas afectada por (un círculo):**

**Ubicación:** Interior Aire Libre La Casa Vacaciones La Oficina

**Hora de la día:** Manana Tarde Noche Todo el tiempo

**Clima:** Caliente Frío Seco Húmedo

**Estaciones:** Primavera Verano Otoño Invierno Todo el año

**Alérgenos:** Gato Polvo Perro Polen Césped Moho / hongos

**Irritantes:** Perfumes Limpiadores Humo del cigarrillo

**Otros factores:** Medicación Ejercicio Picadura de insecto Alimentos / Aditivos Alimentarios Cosméticos

Reír Estrés Infecciones Ciclo menstrual

### **4. ¿Qué medicamentos se han intentado para esta condición? (Círculo todo lo que corresponda)**

**Los aerosoles nasales de venta con receta:** Flonase (fluticasona), Nasonex, Rhinocort, Omnaris, Qnasl, Zetonna, Astelin, Dymista, Astepro.

**Los aerosoles nasales de venta libre:** Nasocort, Cromolino, Afrin (oximetazolina), nasal salina, Flonase, Nasocort AQ.

**Los antihistamínicos:** Claritin (loratadina), Zyrtec (cetirizina), Allegra (fexofenadina), Benadryl (difenhidramina), Atarax (hidroxizina), Xyzal.

**Inhaladores de alivio rápido:** ProAir, Ventolin, Proventil, Xopenex, solución nebulizada albuterol.

**Inhaladores para el asma diarias:** Flovent 44/110/220 mcg, Pulmicort 90/180 mcg, Qvar 40/80 mcg, Asmanex 110/220 mcg, Alvesco 80 / 160mcg, Aerospan, Advair verde / amarillo / rojo, Symbicort 80 / 160mcg, Dulera 100/200 mcg, budesonida Respules, Spiriva, Brovana, Anoro Ellipta.

**Alguna vez ha sido recetado esteroides orales** (prednisona, prednisolona, Medrol)?

En caso afirmativo, cuándo y por qué? \_\_\_\_\_

**Ayudó Cuál de los medicamentos marcados con un círculo por encima?**

Si no ayudaron o no podían tolerar, marque con una "X" a través de la med. \_\_\_\_\_

**Advanced Allergy & Asthma Care, PLLC.**

Rima Sanka, D.O. Latha M. Chamarthy, M. D. Ami Degala, M. D.

*Certificado en Alergia Asma e Inmunología*

**5. HISTORIA MÉDICA:** (lista de todos los problemas médicos)

**Hospitalizaciones / ER y Cirugías:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Además de su médico de atención primaria, lo que otros hacen los médicos que rutinariamente ver (nombre de la lista, especialidad y ph #)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Los medicamentos actuales:** Usted puede adjuntar lista si tiene uno. No se olvide para listar todos los OTC, tópicos, gotas para los ojos, etc! \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted tiene **eczema**, qué Soap \_\_\_\_\_ Lotion \_\_\_\_\_ Topical esteroides: mometasona, triamcinolona, aceite, clobetasol, hidrocortisona, desonida, Westcort, beclometasona, fluocinolona Otro \_\_\_\_\_

**7. HISTORIA SOCIAL:**

¿Tiene la exposición a las mascotas? Círculo: perro / gato /pájaro \_\_\_\_\_ Interior o Aire libre ¿Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_  
¿Dónde nació? \_\_\_\_\_ Criado? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se mudó a Florida? \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez ha fumado? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuántos años? \_\_\_\_\_ Siguen fumando? \_\_\_\_\_ Dejar de fumar? \_\_\_\_\_  
¿Alguno de los miembros de la familia fuman? \_\_\_\_\_ Si es así, el interior o en el coche? \_\_\_\_\_

**8. HISTORIA SOCIAL (Solamente adultos):**

¿Estás casado \_\_\_\_\_ soltero \_\_\_\_\_ divorciado \_\_\_\_\_ ¿Hay muchos niños que tienen? \_\_\_\_\_  
¿Sus edades:? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? Sí / No ¿Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_ ¿Utiliza alguna droga ilícita? Sí / No En caso afirmativo, \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE TRABAJO:** ¿Cuál es su ocupación actual empleador \_\_\_\_\_ Ya que \_\_\_\_\_

¿Está expuesto a productos químicos o fumar en el trabajo \_\_\_\_\_ Son sus síntomas empeoren en el trabajo? Sí / No En caso afirmativo, specify \_\_\_\_\_

**9. HISTORIA FAMILIAR:**

¿Alguno de los miembros de la familia directos (hermanos, padres, abuelos, hijos) tienen una historia de alergia? En caso afirmativo, parientes de lista y sus edades:

Asthma \_\_\_\_\_

Alérgico rinitis \_\_\_\_\_

Eczema \_\_\_\_\_

Alergias a los alimentos \_\_\_\_\_

Autoinmune Disease \_\_\_\_\_ Immune Deficiency \_\_\_\_\_ Angioedema \_\_\_\_\_ Mastocytosis \_\_\_\_\_

Anaphylaxis \_\_\_\_\_

**10. Historial de nacimiento:** (esta sección sólo para niños <18 años):

Nacen a término / Pre - Plazo? ¿Cuántas semanas Pre -TERM? \_\_\_\_\_ Complicaciones al nacer? \_\_\_\_\_ Alimentados con leche materna? \_\_\_\_\_ Vacunas al día? S / N Desarrollo normal? S / N Crecimiento Normal? S / N de la guardería? S / N \_\_\_\_\_

