

CUESTIONARIO DE ALERGIAS

APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO: (M/D/Y) ___/___/___

USTED CREE TENER ALERGIAS? SI _____ / NO _____

SI USTED HA PADECIDO DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTE SINTOMAS, PORFAVOR SELECCIONE:
(SELECCIONE TODOS LOS QUE APLICAN)

- INCHAZON O RONCHAS EN EL CUERPO- QUE TAN SEGUIDO? _____
- PROBLEMAS RESPIRATORIOS, SONIDO EN EL PECHO, TOS AL HACER EJERCICIO? _____
- HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ASMA? _____ A QUE EDAD? _____
CONSIDERA QUE SU ASMA ES: SEVERA _____ MODERADA _____ LEVE _____
- SENSACION DE OLORES O SABORES EN SU FOSA NASAL? -DESCRIBA: _____
- PROBLEMAS EN LA PIEL, IRRITACION, COMEZON? -DESCRIBA: _____
- SINUSITIS, DOLOR/PRESION EN LA CABEZA ON EN LA FRENTE?- FIEBRE? _____
- MUCOSIDAD, NARIZ TAPADA, COMEZON EN LA NARIZ, ESTORNUDEZ?
CON QUE FRECUENCIA? _____
- SANGRADO NASAL- CON QUE FRECUENCIA? _____
- RONQUERA O QUE SE VALLA LA VOZ? - CON QUE FRECUENCIA? _____
- VOMITO? CON QUE FRECUENCIA? _____
COMO O CUANDO OCCURRE ESTE PROBLEMA CON MAS FRECUENCIA _____
- COMEZON EN LOS OIDOS/LA GARGANTA? CON QUE FRECUENCIA?: _____
- OJOS LLOROSOS O COMEZON? _____
- INFECCIONES FRECUENTES?-QUE TAN FRECUENTES? _____
- REACCIONES A ALGUN TIPO DE COMIDA? DESCRIBA: _____
- REACCIONES A ALGUN MEDICAMENTO? DESCRIBA: _____
- REACCIONES A UN PIQUETE DE INSECTO? DESCRIBA: _____

USTED TOMA O HA TOMADO MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALGUNO DE LOS SINTOMAS MENCIONADOS?
SI _____ / NO _____

LE HAN RECETADO ALGUN MEDICAMENTO PARA LAS ALERGIAS, SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CUAL
MEDICAMENTO(S) _____

HA TOMADO ALGUN MEDICAMENTO QUE NO REQUIERE RECETA MEDICA (CLARITIN)? SI SU RESPUESTA ES
AFIRMATIVA, CUAL MEDICAMENTO? _____

ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA PRUEBA DE ALERGIA EN LA PIEL?
SI, CUANDO _____ NOMBRE DEL DOCTOR _____

A USTED LE HAN PUESTO INYECCIONES PARA LAS ALERGIAS? _____ SI, CUANDO? _____

OFFICE USE:

REVIEWED BY: _____ DATE: _____

BLOOD TEST TODAY? YES / NO

NOTES: _____