

Cuestionario Sobre Alergias

Deberá llenarlo el paciente

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

1. ¿Sue hijo(a) tiene usted alguno de estos síntomas más de dos veces al año?

(Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> tos | <input type="checkbox"/> catarro | <input type="checkbox"/> nariz congestionada |
| <input type="checkbox"/> silbido al respirar | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> falta de aire |
| <input type="checkbox"/> pérdida del olfato | <input type="checkbox"/> infecciones de oído | <input type="checkbox"/> ronchas / hinchazón |
| <input type="checkbox"/> presión en el pecho | <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> comezón en ojos / ojos llorosos |
| <input type="checkbox"/> infección en senos nasales | <input type="checkbox"/> comezón (picazón) en nariz | <input type="checkbox"/> ronquidos |
| <input type="checkbox"/> estornudos | <input type="checkbox"/> oídos tapados | |

2. ¿A su hijo(a) alguna vez se le ha diagnosticado asma o bronquitis? Sí No

3. ¿A su hijo(a) tiene síntomas de alergia? Sí No

4. ¿En relacion a posibles alergias a los alimentos, experimenta su hijo(a) algunos de estos sintomas (chequea todo lo que aplica)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hinchazon despues de comer | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Constipacion | <input type="checkbox"/> Malestar de estomago |
| <input type="checkbox"/> Dolor de estomago | <input type="checkbox"/> Mala digestion |
| <input type="checkbox"/> Asco | <input type="checkbox"/> Vomitos |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en la boca | <input type="checkbox"/> Otra sensacion inusal |

Cuestionario Sobre Alergias – Parte 2

Deberá llenarlo el profesional de salud

- ¿Qué síntomas tiene su hijo(a)? (From #1 on intake form) _____
- ¿Con qué frecuencia tiene estos síntomas? _____
- ¿Tiene alguno de estos síntomas?
 tos catarro pólipos nasales eccema
 silbido al respirar nariz congestionada pérdida del olfato ronchas / hinchazón
 falta de aire comezón (picazón) en nariz infecciones de oído dolores de cabeza
 presión en el pecho comezón en ojos/ojos llorosos infección en senos nasales ronquidos
 estornudos flemas en la garganta oídos tapados fatiga
 flemas (Color _____) otros _____
- De las siguientes opciones, ¿cuál parece ser la causa de los síntomas antes mencionados?
 pasto (maleza o zacate) gatos cosméticos chiflones (corrientes de aire)
 nervios paja (heno) perros espray en aerosol
 polvo de la casa aire frío moho o lama (mildew) caballos
 perfumes humo humedad sótanos
 otros animales insecticidas contaminación cambios de clima
 hojas bebidas alcohólicas olores ejercicio
 látex (hule/caucho) piquetes o mordeduras de insectos. Descripción de la reacción: _____
 alimentos. Indicar alimentos y reacción: _____
 otros. Indicar alimentos y reacción: _____
- ¿Cuándo siente más fuerte los síntomas? todo el año
 enero febrero marzo abril
 mayo junio julio agosto
 septiembre octubre noviembre diciembre
- ¿Cuando no está en su casa, se mejoran sus síntomas? Sí No Si "sí", ¿cuándo? _____
- ¿Tiene antecedentes familiares de alergias? Explicar _____
- ¿Le han hecho a su hijo(a) alguna prueba de alergias por piel o por sangre? Sí No
Si "sí", ¿cuáles fueron los resultados? _____
- ¿A su hijo(a) le han puesto alguna inyección contra alergias? Sí No Si "sí", ¿cuándo? _____
- ¿A su hijo(a) le han dado medicamentos con cortisona (prednisone, methylprednisolone, etc.)? Sí No
Si "sí", ¿cuándo? _____ ¿Qué cantidad? _____
- ¿A su hijo(a) toma medicamentos contra alergias? Sí No En caso afirmativo, enumera los medicamentos, dosis y frecuencia _____
- ¿A qué se dedica? (ocupaciones actuales y anteriores) _____

Is patient...

• Suffering from uncontrolled asthma

• History of anaphylaxis

IF YES TO ABOVE, REFER OUT TO SPECIALIST

• Required to take beta blockers within 24 hours of test

• Pregnant

• Heavily tattooed

• Significantly immunocompromised or have malignancy or severe chronic illness?

IF YES TO ABOVE, SELECT BLOOD TEST

• Currently taking antihistamine (must be off for 72 hours)

• Wheezing or having difficulty breathing?

• Experiencing active hives, sunburn or extensive dermatitis?

IF YES TO ABOVE, TREAT SYMPTOMS AND SCHEDULE FOR ANOTHER DAY

• Having symptoms consistent with food allergies?

IF YES TO ABOVE, CONSIDER SKIN PANEL AND FOOD PANEL

Indications: Inhalant Panels: Skin Test Blood Test **Food Panels:** Skin Test Blood Test

Schedule skin test for (date): _____

OFFICE USE ONLY

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Reviewed by

Fecha