

# Cockerell & McIntosh Pediatrics, P.C.

## CLINICA DE ALERGIAS Cuestionario para Pacientes

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

A. Por favor seleccione cualquiera de los problemas que usted haya tenido y cuándo estos empezaron:

**Problema / Fecha del inicio**

- \_\_\_ Catarro nasal \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Congestión nasal \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Estornudos \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Goteo nasal \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Sangrado nasal \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Dolor de garganta \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Respiración por la boca \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Ronquidos \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_ Picazón en los ojos \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Enrojecimiento en los ojos \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Ojos llorosos \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Comezón en la en la boca u oídos \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_ Diarrea \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Estómago hinchado \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Gases \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Problemas con la formula \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Cólicos \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Otros (por favor nómbrelas) \_\_\_\_\_

**Problema / Fecha del inicio**

- \_\_\_ Tos crónica \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Tos periódica \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Jadeo \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Resfríos periódicos \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Otitis media \_\_\_\_\_  
(Infección del Oído Medio)
- \_\_\_ Bronquitis \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_ Dolor de cabeza \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Migraña \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_ Urticaria \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Eczema \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Piel seca \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Comezón en la piel \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_ Sensación de fatiga \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Hiperactividad \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Problemas de comportamiento \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Poco apetito \_\_\_\_\_

B. Ha notado que los síntomas aparecen:

En una hora especial del día o la noche? Si/No (Por favor selecciones una) Si su respuesta es "Si", cuándo? \_\_\_\_\_

Durante todo el año? Si/No (Por favor selecciones una) Si su respuesta es "Si", cuáles son los peores meses? \_\_\_\_\_

Solo en un tiempo particular del año? Si/No (Por favor selecciones una) Cuándo? \_\_\_\_\_

En algún lugar en particular de la casa? Si/No (Por favor selecciones una) cuál? \_\_\_\_\_

En la casa/en la escuela? (Por favor selecciones una) Si su respuesta es "Si", hay materiales, polvo, o vapores que provocan o aumentan sus síntomas? \_\_\_\_\_

Qué síntomas presenta casi todos los días? \_\_\_\_\_

C. Por favor selecciones en la siguiente lista qué hace que sus síntomas empeoren:

- |                                       |             |               |
|---------------------------------------|-------------|---------------|
| ___ Quitar el polvo de la casa        | ___ Flores  | ___ Aspirar   |
| ___ Rastrillar las hojas              | ___ Árboles | ___ El sótano |
| ___ Humo del tabaco/madera            | ___ Pasto   | ___ Ejercicio |
| ___ Aspirina                          |             |               |
| ___ Otra medicina (Cual?) _____       |             |               |
| ___ Comidas (Cual?) _____             |             |               |
| ___ Otras (Por favor nómbrelas) _____ |             |               |

Gracias por su paciencia, por favor continúe....

# Cockerell & McIntosh Pediatrics, P.C.

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

D. Alergias al Polen:

- Se agrava al aire libre
- Se agrava durante días ventosos
- Mejora en el aire acondicionado

E. Alergias al Moho:

- Empeora en sitios húmedos
- Empeora cuando corta o juega con el pasto
- Causado por rastrillar las hojas

F. Alergias al Polvo/ Ácaros/ Animal/ Moho

- Se agrava en el interior de la casa
- Empeora 30 minutos después de acostarse
- Empeora en el invierno
- Síntomas nasales con un poco de implicación en los ojos
- Molestia en el aire acondicionado

G. Tratamiento previo:

Ha indagado en el pasado sobre tratamiento para las alergias? Si / No

Ha recibido en el pasado un tratamiento para las alergias? Si / No

Ha recibido ocasionalmente "Inyecciones para la alergia" o esteroides por presentar fiebre alta? Si / No

Ha recibido tratamiento para desensibilizar? Si / No

Ha tomado antihistamínicos? Si / No Por favor nómbralos todos (Incluyendo las marcas del mostrador)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ha usado aerosoles nasales o gotas para los ojos para la alergia? Si / No Por favor nómbralos.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ha usado ud. medicinas para el asma, tales como inhaladores o aparatos para respirar? Si / No. Si su respuesta es positiva, por favor nombre las medicinas usadas.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Qué jabón usa ud. cuando se baña? \_\_\_\_\_

Qué detergente o suavizante de ropa usa ud.? \_\_\_\_\_

Si ud. Tiene eczema, qué medicinas ha tratado? \_\_\_\_\_

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Gracias por su paciencia, por favor continúe....

# Cockerell & McIntosh Pediatrics, P.C.

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

H. Medicinas:  
Toma ud. aspirina o ibuprofen? Si / No Si su respuesta fue positiva, con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

I. Hospitalizaciones:  
Ha sido alguna vez hospitalizado por alguna razón? Si / No Si su respuesta fue positiva, por favor escriba cuántas veces y por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J. Historia Familiar:  
Ha recibido o recibió algún miembro de su familia tratamiento para las alergias? Si / No  
Han sufrido ellos o sufrieron en el pasado de alguno de los síntomas mencionados al inicio de éste formulario? Si / No Si su respuesta fue positiva, por favor escriba los síntomas de la persona apropiada.  
Madre: \_\_\_\_\_  
Padre: \_\_\_\_\_  
Hermano: \_\_\_\_\_  
Hermana: \_\_\_\_\_  
Abuelo: \_\_\_\_\_  
Abuelo: \_\_\_\_\_

K. Es ud. dueño de su casa? Si / No Cuántos años tiene su casa? \_\_\_\_\_

Hay moho en su casa? Si / No

Construcción de la casa: Madera \_\_\_\_\_ Ladrillo \_\_\_\_\_ Bloque \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Tipo de calefacción \_\_\_\_\_ Aire Centralizado? Si / No

Tiene ud. humidificador? Si / No Ventilador en el ático? Si / No

Qué tipo de cubierta tiene ud en el piso? \_\_\_\_\_

Tiene ud. sótano? Si / No Si su respuesta fue positiva, para qué está siendo usado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Duerme ud. en el sótano? Si / No

Hay alguien en su familia que fume? Si / No Si su respuesta fue positiva, quien? \_\_\_\_\_

Hay alguien en su casa o auto que fume? Si / No

Usa o posee ud. algún producto que esté lleno de plumas? (almohada, abrigo, chaleco, cubrecama) Si / No

Tiene ud. alguna mascota en su casa (incluyendo pez)? Si / No Por favor nómbralos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Está ud. expuesto a algunos otros animales? Si / No Hay animales en el salón de clases? Si / No

Es ud. dueño o monta a caballo? Si / No

Le gustaría recibir la prueba para animales diferentes de perro y gato? Si / No (conejillo de Indias, conejo, ganado vacuno, cabra, caballo, pájaros?)

Atiende ud a una escuela que tiene salones de clases en el sótano? Si / No

Gracias por su paciencia, por favor continúe....

# Cockerell & McIntosh Pediatrics, P.C.

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

L. Expectativas:

Por favor describa que está esperando ud. lograr durante esta visita:

---

---

---

---

---

Escriba tres (3) preguntas que a usted le gustaría tener respuesta:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Use este espacio para escribir otra información revelante (o posiblemente revelante), incluyendo una lista de todas las medicinas y dosis que ud. está tomando actualmente:

Medicina	Dosis	Medicina	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

# Cockerell & McIntosh Pediatrics, P.C.

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

## ALERGIA A LA COMIDA - CUESTIONARIO NUTRICIONAL

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA. DESPUES ENCIERRE EN UN CIRCULO SU RESPUESTA. SI SU RESPUESTA ES 'SI' POR FAVOR EXPLIQUE.**

- Si No 1. Hay algunas comidas o bebidas que ud. **a) Desea o b) Come** frecuentemente? Escriba  
a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si No 2. Hay alguna comida o bebida que a ud. no le guste? Escriba un ejemplo.  
\_\_\_\_\_
- Si No 3. Come ud. pasabocas frecuentemente entre comidas? Escriba un ejemplo.  
\_\_\_\_\_
- Si No 4. Tuvo ud. algún problema con la comida cuando ud era un niño? Por favor describa:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si No 5. Tiene ud. problemas con alguna comida ahora? Escribala: \_\_\_\_\_
- Si No 6. Fue ud. amamantado, o que tipo de formula le dieron? \_\_\_\_\_
- Si No 7. Ha experimentado eructos, distensión abdominal, inflamación del abdomen o calambres después de las comidas?
- Si No 8. Está ud. despierto entre la 1:00 AM y las 5:00 AM con los siguientes síntomas?  
Dolor de cabeza, mareo, cólicos estomacales, inflamación estomacal, o tos seca? **(Encierre en un círculo cuál).**
- Si No 9. Tiene ud. o algún miembro de su familia fiebre del heno, asma, urticaria, condición crónica de la piel, migrañas, dolores de cabeza, o colitis? **(Encierre en un círculo cuál)**
- Si No 10. Durante su infancia, tuvo ud. algo de lo siguiente: eczema, urticaria, fiebre del heno, asma, problemas de alimentación? **(Encierre en un círculo cuál)**
- Si No 11. Tiene ud. comezón en la piel, paladar o salpullido en la piel? **(Encierre en un círculo cuál)**
- Si No 12. Nota ud. con frecuencia hinchazón en sus tobillos, pies, manos o cara? **(Encierre en un círculo)**
- Si No 13. Tiene ud. fatiga notoria dos o tres horas después de las comidas?
- Si No 14. Tiene ud. escalofrío excesivo cuando los cambios de temperatura ocurren repentinamente?
- Si No 15. Tiene ud. con frecuencia dolor de cabeza o migrañas?
- Si No 16. Tiene ud. estreñimiento o diarrea que se alterna?
- Si No 17. Tiene ud. dolor en las articulaciones o en los músculos o inflexibilidad?
- Si No 18. Tiene ud. visión fluctuante?
- Si No 19. Tiene ud. repetidas infecciones causadas por hongos? **(Encierre en un círculo cuál)**  
Vaginitis, pie de atleta, picazón en el área genital, manchas en la piel.