

**ALLERGY ASSOCIATES & ASTHMA, LTD.**

1006 E GUADALUPE RD TEMPE, AZ 85283  PHONE: (480) 838-4296 FAX: (480) 820-1275 www.allergyassoc.net	SURESH C. ANAND, M.D.  MIRIAM K. ANAND, M.D.	2248 N ALMA SCHOOL RD, STE 104 CHANDLER, AZ 85224
	VEENA KRAUSE, F.N.P.  TERA CRISALIDA, P.A.-C.	6553 E BAYWOOD AVE, STE 103 MESA, AZ 85206

**SI ES INCAPAZ PARA GUARDAR LA CITA, DÉ AMABLEMENTE 24 HORAS DE AVISO**

<b>CUESTIONARIO DE LA ALERGIA</b>	Nombre del paciente:	Account No.
	OCUPACIÓN	FECHA:

**Intente por favor contestar a estas preguntas exactamente como la información es de importancia considerable a su especialista en alergias en la evaluación de su condición. Si usted tiene dificultad con preguntas unas de los, compruebe con la enfermera que le verá después de que usted haya llenado el formulario este.**

¿Porque viene Ud. a ver un especialista en alergias?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuando fue el comienzo del problema? \_\_\_\_\_

Indicas la severidad del problema:  suave  moderado  severo  otro: \_\_\_\_\_

¿Está presente el problema la mayor parte del tiempo? Sí No (círculo uno) ¿Si está solamente presente de vez en cuando, cuantas veces ocurre? \_\_\_\_\_

¿Es peor durante ciertos meses? Sí No (círculo uno) Si sí, enumere por favor que los meses :

¿Qué releva el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué lo hace más severo? \_\_\_\_\_

¿Cuál otros síntomas relacionados tiene? \_\_\_\_\_

¿Donde vivía Ud. cuando los problemas comenzaron? \_\_\_\_\_

Si usted se ha movido desde que los síntomas comenzaron, enumere las ciudades o las áreas en las cuales usted ha vivido e indique a la derecha de cada área si los síntomas eran sin cambios, menos severos, o más severos en esa área.

ÁREA	SEVERIDAD DE SÍNTOMAS

¿Qué otros síntomas tiene que usted crea que son debido a las alergias?

¿Ha visto o ha sido tratado por un especialista en alergias? Sí No (círculo uno) Especifique los años y los detalles:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lea la lista siguiente cuidadosamente e indíquela comprobando en las cajas apropiadas a la izquierda de cada artículo, que los artículos causan o agravan, relevan o tienen a ningún efecto evidente sobre sus síntomas de la alergia. Incluso un cambio pequeño es significativo. Deje todo el espacio en blanco de las cajas si usted nunca ha encontrado la situación o el artículo.

Causa o Agrava	Releve	No Cambia	ITEMS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortando o contacto al pastos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El contacto de las malas hierbas, especifica: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los árboles florecientes, especifican: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuertes vientos, montando en automóvil con las ventanas abiertas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rastrillo de las hojas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugares o cosas mohosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El ir dentro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ir al aire libre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Al barrer, al limpiar el polvo, aspirando en la casa, los libros polvorientos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier animal, especifica: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomando cualquier medicación (aspirina, etc.) especifique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno emocional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El esfuerzo o el ejercicio pesado, especifica: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección respiratoria, infección del virus, gripe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aerosol del insecto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El aerosol de pelo, los cosméticos, al talco, los perfumes, especifican: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El aire acondicionado, los refrigeradores del pantano. especifican: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los antihistamínicos o los descongestants nasales (Allegra, Claritin, Zyrtec, etc.) especifican: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las medicaciones para resollar (Albuterol, Maxair, Serevent, etc.) especifican: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adrenalina o Epinephrine Los esteroides (tipo medicaciones, es decir inhaladores de Cortisona pra la nariz o los <b>pulmones. Especifican</b> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras medicaciones, especifican: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiempo muy frío o cambios en tiempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viajes a las montañas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viajes al desierto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viajes a la costa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier otro viaje hacia fuera de esta área, especifica el lugar y la época del año _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los períodos menstruales y/o en el embarazo, especifican: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Humo del tabaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algo mas que usted ha notado, que especifica: _____

¿Usted ha tenido una de las siguientes de condiciones? Si aplica, cheque las cajas apropiadas y especifica durante qué años (y si fuera aplicable, estaciones) y en qué área usted vivía en ese entonces, si usted no ha contestado ya a éstos arriba.

- Alergia nasal todo el año ("sinus")
- El asma (resollando, falta de la respiración) describe: \_\_\_\_\_
- Ronchas, o hinchazón facial. Círculo los que aplican.
- La erupción de piel debido a la alergia o al contacto, especifica causa: \_\_\_\_\_
- El roble de veneno, la hiedra o la erupción del sumac, especifican: \_\_\_\_\_
- Alergia el alimento, especifica los alimentos y los síntomas que causan. Especifique y describa cualquier otra reacción inusual cuando usted come cualquier alimento particular: \_\_\_\_\_

Alergia de la medicaciones (especifique las medicaciones y los síntomas que ocurren:  Ninguno de las cuales sé

---

---

---

Reacción inusual a las mordeduras o a las picaduras del insecto. (Especifique los insectos, describa las reacciones y dé las fechas en que ocurrieron):

---

---

**MÁS ALLÁ DE HISTORIAL MÉDICO:** ¿Usted ha tenido en el pasado o usted tiene actualmente alguno de los siguiente? (Compruebe por favor la caja apropiada.)

- Diabetes
  - cataratas
  - problemas con los huesos
  - otros problemas con los ojos
  - Enfermedad de tiroides
  - el sangrar del aparato gastrointestinal
  - enfermedad autoinmune (por ejemplo, lupus, artritis reumatoide)
  - Cáncer Tipo: \_\_\_\_\_ Cómo está tratado:  quimioterapia  radiación  cirugía
  - Otro \_\_\_\_\_
- úlcera del estómago o del duodeno
  - bronquitis crónica, o enfisema
  - presión alta
  - ácida del reflujo o hiatal hernia
  - Derrame cerebral
- pulmonía
  - bronquitis
  - ataque del corazón
  - Fiebre del valle
  - tuberculosis
  - apnea del sueño

**MÁS ALLÁ DE HISTORIA QUIRÚRGICA:** Enumere por favor todos los procedimientos quirúrgicos que usted ha tenido y enumere las fechas **aproximadas**. (Incluya la tonsilectomía.)

<u>Tipo de cirugía</u>	<u>Fecha aproximada de la cirugía</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO ANTERIORES:** ¿Usted ha tenido algunos de los siguientes exámenes?

<u>Prueba</u>	<u>Respuesta</u>	<u>Aproximadamente fecha de la prueba pasada</u>	<u>El encontrar</u>
Examinación de los intestinos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Mammograma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Radiografía del pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Radiografía de los sinus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Alguna examinación del corazon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Radiografía de los huesos para determinar la densidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Biopsia de la próstata o análisis de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Biopsia de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal

Si algunos de estos fue anormales, explique por favor:

---

---

---

¿Fuma o ha fumado en el pasado? **Sí**  **No**  Si es así cuánto y que? \_\_\_\_\_  
¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo paró? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** ¿En su familia según lo enumerado, alguien ha tenido las siguientes condiciones numeradas de siguiente unas de los? Indique el número a la derecha del pariente apropiado de la sangre: (por ejemplo, madre del paciente 1, 6, 11)

Madre del paciente	1. Fiebre del heno	16. Leucemia
Padre del paciente	2. Alergia nasal	17. Linfoma
Hermanos o hermanas del paciente	3. "Sinus"	18. Cancer otro
Tías o tíos maternos del paciente	4. Asma	19. Inmunodeficiencia
Abuelos maternos del paciente	5. Colmenas/ronchas	
Tías o tíos paternos del paciente	6. Eczema	
Abuelos paternos del paciente	7. Alergia a comida	
Niños del paciente	8. Alergia a medicamento	
	9. Alergia a insectos	
	10. Enfisema u otras enfermedades de pulmón	
	11. Diabetes	
	12. Tuberculosis	
	13. Lupus	
	14. Artritis <i>reumatoide</i>	
	15. Enfermedad de tiroides	

**REVISIÓN DE SISTEMAS:** Por favor, compruebe si usted tiene cualquiera de los siguientes síntomas:

GENERAL:  Ninguno  aumento o pérdida inexplicada de peso  fiebres escalofríos inexplicados  
 despertar con sus savanas pijamas mojadas de sudor

PIEL/ PECHO:  Ninguno  Terrones del pecho  Descarga de la enterrosca  Colmenas  
 Eczema  Otras erupciones: \_\_\_\_\_

OJOS/OIDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA:  Ninguno  Dolores de cabeza  Mareo  Cambios visuales  
 Sangre de nariz  dentaduras  ronquera  tirantez en la garganta o sensación que estrangula

CORAZON:  Ninguno  palpitaciones/aceleramiento o agitación de corazón  
 murmullos del corazón  ritmo irregular del corazón  
 hinchazón de los pies/de los tobillos  falta de la respiración al acostar

PULMONES:  Ninguno  falta de respiración  resuello-silbido de los pulmones.  
 Tos Si sí, usted saca flemas?  No  Sí Si sí, como se ve?  claro  blanco  oscuro amarillo /verde/  
marrón Otro: \_\_\_\_\_ ¿Usted toze sangre?  Sí  No

ESTÓMAGO:  Ninguno  Náusea  vomitar  el obstaculizar abdominal  diarrea  
 sangre en el excremento  ardor de estómago (ardor en el estómago, el pecho, o la garganta)  
 Sabor del vómito en la boca sin vomitar  alimento que se pega al tragar  función hepática deteriorada

SISTEMA DE VEJIGA:  Ninguno  sangre en orina  tiene dificultad al orinar  historia de piedras en  
riñón  
 despertar más de 3 veces en la noche para orinar  función deteriorada del riñón

SISTEMA DE LOS MUSCULOS:  Ninguno  rojo, empalmes hinchados calientes  dolor en empalmes   
artritis

SISTEMA PSIQUIÁTRICO E DE LOS NERVIOS:  Ninguno  convulsiones  ansiedad  depresión   
pensamientos de suicidio

SISTEMA LINFÁTICO: ¿Usted ha notado nodulos agrandados o hinchados que no mejoren?  No  Sí  
¿Si sí, dónde?  cuello  sobre las clavículas  axilas  fronteras entre el muslo y la pelvis

**HISTORIA ADICIONAL:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_