

.....
Cuestionario de alergias pediátricas para pacientes nuevos
(Pediatric Allergy New Patient Questionnaire)

Nombre del paciente _____

Fecha de hoy ____ / ____ / ____

Describa brevemente la razón de la cita de su hijo(a):

Por favor, marque sí o no si tiene alguna inquietud acerca de los siguientes problemas alérgicos:

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	Edad a la que inició con el problema
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
De temporada y/o			
Alergias a las mascotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eccema/dermatitis atópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergia a los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Pruebas de alergias anteriores:

No Sí Lugar y fecha: _____

¿Quién derivó a su hijo a nuestra clínica? Nombre

Indique si algún médico/clínica fue quien derivó a su hijo(a):

Nombre

Médico de cabecera (si es distinto al mencionado anteriormente):

Nombre

¿Qué farmacia usa?



1004315-ALLERGY NEW PATIENT
QUESTIONNAIRE
(Rev. 10/2018)
Intake Form

.....
Liste todos los medicamentos que le administra a su hijo(a):



**1004315-ALLERGY NEW PATIENT
QUESTIONNAIRE
(Rev. 10/2018)
Intake Form**

Place Patient Identification Sticker Here

Problemas de salud (revisión de sistemas): marque con un círculo si su hijo ha presentado alguno de los siguientes problemas durante los últimos 2 meses:

*****MARQUE “ninguno” si su hijo no ha presentado ninguno de los problemas de cualquier sección. *****

General

Ninguno

Sensación de cansancio todo el tiempo Somnolencia durante el día Dificultad para dormir Fiebre Escalofríos Pérdida de peso No aumenta de peso
Sobrepeso Muy bajo de estatura Demasiado delgado(a) Pérdida de apetito

Ojos

Ninguno

Vista borrosa Ardor en los ojos Cataratas Ojos reseco(s) Parpadeo frecuente
Ojos llorosos Comezón en los ojos Enrojecimiento Hinchazón Ojo vago

Oídos, nariz y garganta

Ninguno

Roncar Sordera Dolor de oído Pólipos nasales Sangrado de la nariz
Escurrimiento nasal Comezón en la nariz Estornudos Congestión nasal
(nariz tapada) Boca seca Escurrimiento post-nasal Respiración por la boca
Llagas en la boca Opresión en la garganta Pérdida del sentido del olfato

Corazón

Ninguno

Dolor de pecho Mareo Soplos en el corazón Desmayos Latidos irregulares
Palpitaciones o latidos fuertes en el corazón

Pulmones

Ninguno

Tos Tos nocturna Tos con sangre Opresión en el pecho
Bronquitis o resfriados con congestión frecuentes Sibilancia Nivel bajo de oxígeno Falta de aire durante el día, la noche o ambos Dificultad para respirar al hacer ejercicio

Gastrointestinal (GI)

Ninguno

Dolor crónico de barriga Indigestión Náusea Vómito Regurgitación frecuente
Acidez Sabor ácido en la boca Estreñimiento Diarrea Sangre en las heces
Eructos Gases Hinchazón del abdomen Lento para comer Se ahoga con la comida
Se ahoga al beber El niño(a) se queja de que la comida se le “atora”
Dificultad para deglutir
No quiere comer alimentos de ciertas texturas: _____
Problemas en el hígado Ictericia (piel y ojos amarillentos)

Riñones/Genitourinario

Ninguno

Se orina en la cama Se orina en los pantalones Frecuencia o dolor al orinar
Problemas de los riñones Piedras urinarias

Músculos/Huesos

Ninguno

Fracturas Dolor de espalda Dolor de articulaciones Hinchazón en las articulaciones Dolor muscular Debilidad

Neurológico

Ninguno

Dificultad para concentrarse Dolores de cabeza Convulsiones Adormecimiento
Dificultar al caminar Temblores Debilidad

Piel

Ninguno

Erupción Eccema Infecciones en la piel Hinchazón Ronchas/habones
Comezón Pérdida del cabello



1004315-ALLERGY NEW PATIENT
QUESTIONNAIRE
(Rev. 10/2018)
Intake Form

Place Patient Identification Sticker Here

**Hematología
Sangre/Linfoide**

Ninguno

Bajo nivel de hierro Anemia Le salen moretones fácilmente Sangra fácilmente
Coágulos de sangre Hinchazón de nódulos linfáticos Presencia de bultos sin explicación

Psicológico

Ninguno

Nervioso(a) Preocupado(a) Deprimido(a) Ataques de pánico Hiperactivo(a)
Altibajos en el estado anímico Estrés (porqué _____)



**1004315-ALLERGY NEW PATIENT
QUESTIONNAIRE
(Rev. 10/2018)
Intake Form**

Place Patient Identification Sticker Here

Antecedentes médicos

¿Cuál fue la duración de su embarazo?: Término completo Prematuro (núm. de semanas que le faltaron) _____

Tipo de parto: Vaginal Cesárea

¿Algún problema durante el embarazo? No Sí
(especifique) _____

¿Tuvo su hijo(a) algún problema al nacer?
(especifique) _____ No Sí

¿Está su hijo al corriente con sus vacunas? Sí No (explique): _____

¿Recibió su hijo(a) la vacuna contra la influenza este año? Sí No

¿Ha presentado su hijo(a) alguna de las siguientes enfermedades?

	No	Sí	Edad cuando inició	Número de veces
Infecciones en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Infecciones de los senos para nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Crup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(especifique): _____	

¿Padece su hijo(a) de alguna afección médica crónica adicional a las alergias/asma? Sí (por favor, anote) No

¿Alguna vez tuvo su hijo(a) que quedarse la noche internado en el hospital? No Sí

mes/año Razón:

¿Han operado a su hijo(a) alguna vez? No Sí Año

Tubo(s) en el(los) oído(s) _____

Amigdalectomía _____

Adenoidectomía _____

Cirugía de senos paranasales _____

Otra: _____



**1004315-ALLERGY NEW PATIENT
QUESTIONNAIRE
(Rev. 10/2018)
Intake Form**

Place Patient Identification Sticker Here



**1004315-ALLERGY NEW PATIENT
QUESTIONNAIRE
(Rev. 10/2018)
Intake Form**

Place Patient Identification Sticker Here

Antecedentes médicos familiares

Adoptado

Se desconocen los antecedentes familiares

	Edad	Ocupación	Alergia nasal	Alergia alimenticia	Alergia a medicamentos	Alergia a insectos	Asma	Ecce ma	Deficiencia inmunitaria
Madre									
Padre									
Hermana									
Hermana									
Hermano									
Hermano									
Otros familiares (abuelos, tías, tíos, primos, primas)									

¿Padece alguno de sus familiares de alguna enfermedad crónica?

No

Sí

(Si la respuesta es afirmativa, por favor, anote):

Antecedentes sociales

Estado civil **de los padres**

Casados

Divorciados

Separados

Solteros

Arreglos de custodia legal:

¿Quién vive en casa con el niño(a)?

¿A qué grado escolar asiste su hijo(a)?

¿Su hijo asiste a la guardería?

No

Sí

¿Su hijo recibe educación académica en casa?

No

Sí

¿Le preocupa cómo poder pagar sus cuentas médicas?

No

Sí



1004315-ALLERGY NEW PATIENT
QUESTIONNAIRE
(Rev. 10/2018)
Intake Form

Place Patient Identification Sticker Here

Antecedentes del entorno del hogar: por favor, responda con información referente al lugar donde vive su hijo(a)

Casa, departamento, condómino, casa móvil (marque) ¿Cuánto tiempo hace que viven en este hogar? _____

- ¿Sótano? No Sí
- ¿Alfombra? No Sí
- ¿Calefacción? Aire Forzado Eléctrica De Gas
 Chimenea de Leña Estufa de leña
- ¿Aire acondicionado? No Sí Central Unidad de ventana
- ¿Ventilador de aire por evaporación? No Sí

¿Su hijo está expuesto a los siguientes elementos en el hogar?

- moho daños por el agua
- alguna inquietud por otro tipo de exposición:

¿Mascotas? (Marque todos los recuadros que correspondan)

- No Yes

- Núm. de perros _____ Dentro de la casa Fuera de la casa
- Núm. de gatos _____ Dentro de la casa Fuera de la casa
- Núm. de pájaros _____ Dentro de la casa Fuera de la casa
- Núm. de otro _____ Dentro de la casa Fuera de la casa

Tipo: _____

¿Alguno de los miembros de su familia que viven en su casa usan productos de tabaco, marihuana, cigarrillos electrónicos o de vapor? No Sí → Padre Madre Otro(s): _____
Tipo: _____



1004315-ALLERGY NEW PATIENT
QUESTIONNAIRE
(Rev. 10/2018)
Intake Form

Place Patient Identification Sticker Here