



Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica
Jackee D. Kayser, M.D.
Howard M. Rosenblatt, M.D.

CUESTIONARIO PARA PACIENTE NUEVO

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Médico primario/ Médico que remite: _____ N° de teléfono: _____

Otros subespecialistas que participan en el cuidado: _____

I. PROBLEMA PRINCIPAL QUE SE VA A TRATAR: (por favor, marque todo lo que aplique)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Rinitis polínica | <input type="checkbox"/> Problemas de senos paranasales | <input type="checkbox"/> Infecciones: |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Hinchazón (piel) | <input type="checkbox"/> Sangre |
| <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Alergia a comida | <input type="checkbox"/> Huesos |
| <input type="checkbox"/> Ardor por picadura de hormiga | <input type="checkbox"/> Comezón (piel) | | <input type="checkbox"/> Oído |
| <input type="checkbox"/> Alergia a comida | | | <input type="checkbox"/> Pulmón |
| | | | <input type="checkbox"/> Senos paranasales |
| | | | <input type="checkbox"/> Piel |
| | | | <input type="checkbox"/> Garganta |

OTRO: _____

¿Cuándo iniciaron los problemas? _____

¿Qué tan frecuente suceden? _____

¿Qué lo mejora? _____ ¿Qué lo empeora? _____

¿Es peor durante la mañana _____, mediodía/tarde _____, y/o noche? _____

¿Durante qué meses es más severo? Ene Feb Mar Abril Mayo Junio Julio Agosto
Sept Oct Nov Dic

¿Qué piensa usted que desencadena el problema?

- | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gatos | <input type="checkbox"/> Perros | <input type="checkbox"/> Césped | <input type="checkbox"/> Mascotas | <input type="checkbox"/> Tensión |
| <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillo | <input type="checkbox"/> Polvo | <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Perfumes | |
| <input type="checkbox"/> Frío | <input type="checkbox"/> Comida | <input type="checkbox"/> Moho | <input type="checkbox"/> Aromas | OTRO: _____ |

II. REVISIÓN DE ALERGIAS:

- | SÍ/NO | SÍ/NO | SÍ/NO |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Flujo nasal | <input type="checkbox"/> Infecciones de los senos paranasales | <input type="checkbox"/> Ronquera |
| <input type="checkbox"/> Estornudo | <input type="checkbox"/> Infecciones de oídos | <input type="checkbox"/> Comezón (piel) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del olfato | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Hinchazón (piel) |
| <input type="checkbox"/> Comezón/ojos llorosos | <input type="checkbox"/> Sibilancia | <input type="checkbox"/> Pruebas anteriores de alergias |
| <input type="checkbox"/> Escurrecimiento por la garganta | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar: | Si contestó "Sí", fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Carraspeo frecuente de garganta | <input type="checkbox"/> al hacer ejercicio | Nombre de médico _____ |
| <input type="checkbox"/> Secreción nasal de color | <input type="checkbox"/> en la noche | <input type="checkbox"/> Vacunas anteriores de alergias |
| <input type="checkbox"/> Visitas a Emergencias por asma | <input type="checkbox"/> Ingresos al Hospital por asma | Si contestó "Sí", fecha _____ |
| Cuántas veces el año pasado _____ | Cuántas veces el año pasado _____ | Nombre de médico _____ |
| Visita más reciente _____ | Hospitalización más reciente _____ | |
| <input type="checkbox"/> Requerimiento de esteroides orales para asma | | |
| Ciclo más reciente _____ | | |

Nombre: _____

"ALERGIAS" A MEDICAMENTOS	REACCIÓN	FECHA EN QUE LO NOTÓ
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

"ALERGIAS" A COMIDA	REACCIÓN	FECHA DE ÚLTIMO EPISODIO
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

COMIDA QUE EVITA ACTUALMENTE _____

OTRAS ALERGIAS:	REACCIÓN	FECHA EN QUE LO NOTÓ
Solución de contraste de Rayos X _____	_____	_____
Látex (hule) _____	_____	_____

PICADURA DE INSECTOS (favor de describir la reacción): _____

III. Antecedentes de parto:

	SÍ/NO
Nació de un embarazo de término completo	___ ___
Parto normal	___ ___
Cesárea	___ ___
Complicaciones antes/durante/después del parto	___ ___
Requirió hospitalización prolongada después del parto	___ ___

IV. Antecedentes médicos (favor de poner en la lista todos los diagnósticos):

1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

V. Antecedentes sobre las vacunas:

___ Al corriente. ___ Historial de vacunación en el expediente.

VI. Hospitalizaciones u operaciones

Tipo	Año	Motivo

Nombre: _____

VII. Antecedentes familiares: (Favor de incluir las afecciones pertinentes incluyendo asma, alergias, abortos espontáneos, muertes prematuras de bebés, infecciones recurrentes)

	Edad	Problemas médicos	Afecciones pertinentes
Padre			
Madre			
Hermano-hermana			
Hermano-hermana			
Hermano-hermana			
Hermano-hermana			

VIII. Antecedentes sociales:

- Vive en la casa con: ___ Madre ___ Padre ___ Hermanos(as) _____
- ¿Expuesto a tabaco de segunda mano? Sí/No Si la respuesta es sí, ¿quién fuma? _____
(Favor de incluir a todos los miembros de la familia)
- Preescolar. Sí/No (favor de encerrar en un círculo la respuesta apropiada) Guardería. Sí/No Escuela: _____
(Nombre y grado)
- Número de días ausente debido al asma, alergia o infección durante el año pasado _____.
- Mascotas: _____ (Encierre en círculo la respuesta apropiada, dentro, fuera, ambos, duerme en cuarto).
(Perro/Gato/Otro) ¿Síntomas de alergia en aumento al estar alrededor de animales? Sí/No
- ¿Cuánto tiene de construida la casa?: _____.
- Piso: (favor de encerrar en un círculo la[s] respuesta[s] apropiada[s]) alfombra, azulejo, madera, tapetes, otro: _____
- Muebles de recámara: (favor de encerrar en un círculo la[s] respuesta[s] apropiada[s]) box spring/colchón, cama de agua, sillón mullido, cojines decorativos, cojines de plumón y/o edredón, tapices.
- Coberturas para ventanas: (favor de encerrar en un círculo la[s] respuesta[s] apropiada[s]) tela, persianas de madera, metal o plástico.
- ¿Tiene (favor de encerrar en un círculo la[s] respuesta[s] apropiada[s]) ventilador de techo, ventilador de caja, ventilador oscilante?
- ¿Tiene evidencia de (favor de encerrar en un círculo la[s] respuesta[s] apropiada[s]) daño por agua (inundaciones, fugas) en su casa? Sí/No
- ¿Su casa tiene (favor de encerrar en un círculo la[s] respuesta[s] apropiada[s]) aire acondicionado central/ calefacción/unidades para ventana.

Nombre: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE: REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS

Favor de marcar cualquier problema (cuadros) de la lista de abajo que haya afectado significativamente a su hijo(a).
(Si se deja "sin marcar", se niega la presencia del problema)

Persona que llena este formulario Paciente Madre Padre Tutor legal Otro _____

Nombre del paciente _____ Fecha ____

General

Aumento reciente de peso _____ (cantidad)

Pérdida reciente de peso _____ (cantidad)

Fiebre

Infecciones frecuentes

Tipo de infecciones:

___ Infecciones de garganta

___ Infecciones de oídos

___ Infecciones de senos paranasales

___ Neumonía

___ Infecciones de la sangre

___ Infecciones de la piel

___ Infecciones de los huesos

Ojos

Dolor

Enrojecimiento

Comezón en los ojos

Oídos – Nariz – Boca – Garganta

Sangrados de nariz

Pérdida del olfato

Sequedad en la nariz

Escurrimiento nasal

Candidosis bucal

Ronquera

Cardiovascular

Alta presión arterial

Soplos en el corazón

Dificultad para respirar

Respiratorio

Tos

Sibilancia

Gastrointestinal

Vómito

Diarrea persistente

Reflujo

Genitourinario

Únicamente para mujeres:

Edad a la que iniciaron los periodos menstruales: _____

Periodos menstruales regulares? Sí No

¿Cuántos días entre uno y otro? ____

¿Fecha del último periodo menstrual? ____ / ____ / ____

Dermatológico (piel)

Urticaria

Eccema

Sarpullido (otro) _____

Candidosis

Sistema neurológico

Dolores de cabeza

Aparato musculoesquelético

Dolor de las articulaciones

Hinchazón de las articulaciones

Iniciales del médico _____

Firma del paciente _____

Nombre: _____

MEDICAMENTOS

Alergias a medicamentos: No Sí ¿A cuáles? _____

Tipo de reacción: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES(Haga una lista de los medicamentos que está tomando. Incluya los productos como aspirina, vitaminas, laxantes, calcio y otros suplementos, etc.)

Nombre del medicamento	Dosis (incluya concentración y cantidad de pastillas al día)	¿Cuánto tiempo ha tomado este medicamento?	Favor de marcar: ¿Ayudó?		
			Mucho	Algo	Nada
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamientos naturales o alternativos (quiropático, imanes, acupuntura, masaje, medicamentos sin receta médica, etc.)
