



**CUESTIONARIO SOBRE ALERGIAS DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**RAZON PRINCIPAL DE VISITA/QUEJA:** (por favor detalle sus síntomas) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESCRIBA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO ACTUALMENTE:**

NOMBRE:	DOSIS:	NOMBRE:	DOSIS:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

1. ES USTED ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO?
- ASPIRINA
  - PENICILINA
  - OTROS MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_
  - LATEX

2. ES USTED ALERGICO A LO SIGUIENTE?:
- PICADURA DE ABEJA O AVISPA
  - HORMIGA ROJA
  - ALIMENTOS (CUALES?) \_\_\_\_\_
- Explique la reacción: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS PARA LA ALERGIA UTILIZADOS EN EL PASADO: (por favor indicar cuáles)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

3. TIENE O HA TENIDO: CUANDO?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS NASALES          | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDIACA   |
| <input type="checkbox"/> ASMA                      | <input type="checkbox"/> REFLUJO               |
| <input type="checkbox"/> ECZEMA                    | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO |
| <input type="checkbox"/> PRESION ARTERIAL ALTA     | <input type="checkbox"/> ENFRMEDAD DEL RIÑON   |
| <input type="checkbox"/> DIABETES                  | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA              |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES    | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS          |
| <input type="checkbox"/> AGRANDAMIENTO DE PROSTATA |  |

**HISTORIA DE HOSPITALIZACION**

4. HA SIDO HOSPITALIZADO: CUANDO?
- ASMA
  - NEUMONIA
  - REACCIONES ALERGICAS (ANAFILAXIA)
- OTROS: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

5. **HISTORIA QUIRURGICA** (indique todas las cirugías que ha tenido y cuándo)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA NASAL | <input type="checkbox"/> CONDUCTOS AUDITIVOS |
| <input type="checkbox"/> ADENOIDES     | <input type="checkbox"/> AMIGDALAS           |
| <input type="checkbox"/> POLIPO NASAL  | <input type="checkbox"/> OTRAS _____         |

6. **HA REALIZDO PRUEBAS DE ALERGIA ALGUNA VEZ?** \_\_\_\_\_

7. **HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO DE INYECCIONES PARA ALERGIAS?** \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE FAMILIA**

8. ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE: (marque todo lo que aplique):

- \_\_\_ ASMA                              QUIEN? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ ALERGIAS                        QUIEN? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ ALERGIA A ALIMENTOS        QUIEN? \_\_\_\_\_
- \_\_\_ HINCHAZON                      QUIEN? \_\_\_\_\_

9.. INFORMACION SOBRE HABITOS DE FUMAR:

- \_\_\_ NUNCA HE FUMADO
- \_\_\_ FUMADOR(A) ACTIVO(A)
- \_\_\_ EX-FUMADOR(A)
- \_\_\_ OTROS FUMADORES EN EL HOGAR

10. HISTORIA AMBIENTAL

TIPO DE VIVIENDA:

- \_\_\_ C ASA
- \_\_\_ APARTAMENTO
- \_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

11. TIPO DE PISO DEL DORMITORIO:

- \_\_\_ AZULEJO
- \_\_\_ MADERA
- \_\_\_ ALFOMBRA
- \_\_\_ TAPETES
- \_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

12. ROPA DE CAMA: (sí/no)

- \_\_\_ FORROS PARA COLCHON Y ALMOHADA
- \_\_\_ CORTINAS
- \_\_\_ ALMOHADAS DE PLUMA

13.. AIRE ACONDICIONADO:

- \_\_\_ CENTRAL
- \_\_\_ UNIDAD EN LA VENTANA

14. SU VIVIENDA TIENE O HA TENIDO PERDIDA/ESCAPE DE AGUA?

15.. TIENE MASCOTAS? (marque todo lo que aplique):

- |              |             |            |
|--------------|-------------|------------|
| ___ GATOS    | ___ ADENTRO | ___ AFUERA |
| ___ PERROS   | ___ ADENTRO | ___ AFUERA |
| ___ AVES     | ___ ADENTRO | ___ AFUERA |
| ___ CABALLOS | ___ ADENTRO | ___ AFUERA |
| ___ OTROS:   | _____       |            |

**SECCION PEDIATRICA**

HISTORIA DE RECIEN NACIDO:

- \_\_\_ PREMATURO(A) (sí/no)    SEMANAS \_\_\_\_\_
- \_\_\_ INMUNIZACION AL DIA    (sí/no)
- \_\_\_ PROBLEMAS DE DESARROLLO
- \_\_\_ LACTANCIA MATERNA (sí/no)