



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?
 ALERGIAS NAALES
 ASMA
 ECZEMA
 PRESION ARTERIAL ALTA
 DIABETES
 ENFERMEDAD DE TIROIDES
 AGRANDAMIENTO DE PROSTATA
- ENFERMEDAD CARDIACA
 REFLUJO
 ENFERMEDAD DEL HIGADO
 ENFRMEDAD DEL RIÑON
 GLAUCOMA
 OSTEOPOROSIS

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)
 CIRUGIA NASAL
 ADENOIDES
 POLIPO NASAL
- CONDUCTOS AUDITIVOS
 AMIGDALAS
 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)