

# *Cuestionario Sobre Alergias*

**Deberá llenarlo el paciente**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene usted alguno de estos síntomas más de dos veces al año: tos, resfriado, congestión, dificultad para respirar, dolores de cabeza, silbido al respirar, catarro, irritación de garganta, comezón o irritación en ojos, fatiga inexplicable, dolor de senos nasales, dolor de oídos, irritación de piel, ronquidos?  Sí  No
2. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado asma o bronquitis?  Sí  No
3. ¿Tiene síntomas de alergia?  Sí  No
4. En relación a posibles alergias a los alimentos, experimenta usted algunos de estos síntomas (chequea todo lo que aplica)?

<input type="checkbox"/> Hinchazon despues de comer	<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Constipacion	<input type="checkbox"/> Malestar de estomago
<input type="checkbox"/> Dolor de estomago	<input type="checkbox"/> Mala digestion
<input type="checkbox"/> Asco	<input type="checkbox"/> Vomitos
<input type="checkbox"/> Hormigueo en la boca	<input type="checkbox"/> Otra sensacion inusal

# Cuestionario Sobre Alergias – Parte 2

Deberá llenarlo el profesional de salud

- ¿Qué síntomas tiene usted? (From #1 on intake form) \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia tiene estos síntomas? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguno de estos síntomas?  

<input type="checkbox"/> tos	<input type="checkbox"/> catarro	<input type="checkbox"/> pólipos nasales	<input type="checkbox"/> eccema
<input type="checkbox"/> silbido al respirar	<input type="checkbox"/> nariz congestionada	<input type="checkbox"/> pérdida del olfato	<input type="checkbox"/> ronchas / hinchazón
<input type="checkbox"/> falta de aire	<input type="checkbox"/> comezón (picação) en nariz	<input type="checkbox"/> infecciones de oído	<input type="checkbox"/> dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> presión en el pecho	<input type="checkbox"/> comezón en ojos/ojos llorosos	<input type="checkbox"/> infección en senos nasales	<input type="checkbox"/> ronquidos
<input type="checkbox"/> estornudos	<input type="checkbox"/> flemas en la garganta	<input type="checkbox"/> oídos tapados	<input type="checkbox"/> fatiga
<input type="checkbox"/> flemas (Color _____)	<input type="checkbox"/> otros _____		
- De las siguientes opciones, ¿cuál parece ser la causa de los síntomas antes mencionados?  

<input type="checkbox"/> pasto (maleza o zacate)	<input type="checkbox"/> gatos	<input type="checkbox"/> cosméticos	<input type="checkbox"/> chiflones (corrientes de aire)
<input type="checkbox"/> nervios	<input type="checkbox"/> paja (heno)	<input type="checkbox"/> perros	<input type="checkbox"/> espray en aerosol
<input type="checkbox"/> polvo de la casa	<input type="checkbox"/> aire frío	<input type="checkbox"/> moho o lama (mildew)	<input type="checkbox"/> caballos
<input type="checkbox"/> perfumes	<input type="checkbox"/> humo	<input type="checkbox"/> humedad	<input type="checkbox"/> sótanos
<input type="checkbox"/> otros animales	<input type="checkbox"/> insecticidas	<input type="checkbox"/> contaminación	<input type="checkbox"/> cambios de clima
<input type="checkbox"/> hojas	<input type="checkbox"/> bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> olores	<input type="checkbox"/> ejercicio
<input type="checkbox"/> látex (hule/caucho)	<input type="checkbox"/> piquetes o mordeduras de insectos. Descripción de la reacción: _____		

  
 alimentos. Indicar alimentos y reacción: \_\_\_\_\_  
 otros. Indicar alimentos y reacción: \_\_\_\_\_
- ¿Cuándo siente más fuerte los síntomas?  todo el año  

<input type="checkbox"/> enero	<input type="checkbox"/> febrero	<input type="checkbox"/> marzo	<input type="checkbox"/> abril
<input type="checkbox"/> mayo	<input type="checkbox"/> junio	<input type="checkbox"/> julio	<input type="checkbox"/> agosto
<input type="checkbox"/> septiembre	<input type="checkbox"/> octubre	<input type="checkbox"/> noviembre	<input type="checkbox"/> diciembre
- ¿Cuando no está en su casa, se mejoran sus síntomas?  Sí  No Si "sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Le han hecho alguna prueba de alergias por piel o por sangre?  Sí  No  
Si "sí", ¿cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_
- ¿Le han puesto alguna inyección contra alergias?  Sí  No Si "sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Le han dado medicamentos con cortisona (prednisona, methylprednisolone, etc.)?  Sí  No  
Si "sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_
- ¿Toma medicamentos contra alergias?  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo lleva tomándolos? \_\_\_\_\_
- ¿A qué se dedica? (ocupaciones actuales y anteriores) \_\_\_\_\_

THIS SECTION FOR PROVIDER AND OFFICE USE ONLY

Is patient:

Suffering from uncontrolled asthma  History of anaphylaxis

**If yes to above, refer out to specialist**

On beta blocker?  Pregnant?  Heavily tattooed?

Significantly immunocompromised or have malignancy or severe chronic illness?

**If yes to above, select blood test**

Wheezing or having difficulty breathing?

Experiencing active hives or extensive dermatitis?

**If yes to above, treat symptoms and schedule for another day**

Having symptoms consistent with food allergies?

**If yes to above, consider skin panel and food panel**

**Indications**

Inhalant Panels:  Skin Test  Blood Test

Food Panels:  Skin Test  Blood Test

Schedule skin test for (Date): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Reviewed by \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Cuestionario Sobre Alergias – Parte 3

Deberá llenarlo el paciente

## PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES AMBIENTALES

1. ¿Cuánto tiempo lleva de vivir en su casa/apartamento actual? \_\_\_\_\_
2. Tipo de vivienda:  casa  apartamento/dúplex  condominio/townhouse
3. ¿Aproximadamente cuántos años tiene su casa? \_\_\_\_\_
4. Vive en  la ciudad  los suburbios  zona rural
5. ¿Tiene sótano (basement)?  Sí  No
6. Tipo de calefacción (calentón):  aire caliente  vapor (radiador)  eléctrico  agua caliente (baseboard)
7. ¿En su casa hay?  chimenea o estufa a carbón o leña  humidificador  deshumidificador  purificador de aire
8. Número de mascotas (en interior o exterior) \_\_\_\_gatos \_\_\_\_perros \_\_\_\_aves \_\_\_\_otros
9. ¿Alguien de su casa fuma tabaco?  Sí  No
10. ¿Duerme usted en el sótano (basement)?  Sí  No
11. ¿Su almohada o colchón tienen recubrimiento a prueba de alergias?  Sí  No
12. ¿Qué tipo de almohadas tiene? \_\_\_\_\_
13. ¿Qué tipo de colcha tiene en la cama? \_\_\_\_\_
14. ¿Qué tipo de piso hay en su dormitorio?  alfombra (carpeta) completa  tapete en una área  piel de animal  piso liso
15. ¿Cuántos años tiene su colchón? \_\_\_\_\_ ¿De qué está relleno su colchón? (p.ej. algodón, pelo de caballo...) \_\_\_\_\_
16. ¿Tiene aire acondicionado?  Sí  No Si "sí", ¿de qué tipo?:  de ventana  clima central
17. ¿Hay cucarachas o ratones?  Sí  No
18. ¿Hay fugas de agua o contaminación por moho?  Sí  No
19. ¿Su vivienda es demasiado húmeda?  Sí  No
20. ¿Le escurre la nariz o estornuda al comer?  Sí  No
21. ¿Le escurre la nariz o estornuda con los olores fuertes?  Sí  No
22. ¿Le escurre la nariz o estornuda al hacer ejercicio?  Sí  No
23. ¿Le escurre la nariz o estornuda cuando se altera emocionalmente?  Sí  No

## ANTECEDENTES MÉDICOS

1. Marque todos los que correspondan:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> mal del hígado / hepatitis	<input type="checkbox"/> úlcera péptica	<input type="checkbox"/> agruras / reflujo
<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> problemas del corazón / soplo	<input type="checkbox"/> mal de la tiroides	<input type="checkbox"/> convulsiones
<input type="checkbox"/> presión arterial alta	<input type="checkbox"/> osteoporosis	<input type="checkbox"/> artritis	<input type="checkbox"/> migrañas
<input type="checkbox"/> anemia / mal de la sangre	<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> fiebre del heno	<input type="checkbox"/> depresión
<input type="checkbox"/> mal del riñón o la vejiga	<input type="checkbox"/> mal ginecológico	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> ansiedad
<input type="checkbox"/> problemas en la espalda	<input type="checkbox"/> glaucoma	<input type="checkbox"/> cataratas	<input type="checkbox"/> pérdida del oído
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> eccema		
2. Si marcó cualquiera de los anteriores, especifique: \_\_\_\_\_
3. ¿Lo han operado de las amígdalas (anginas) o de las adenoides?  Sí  No
4. ¿Le han operado en los oídos, nariz o senos nasales?  Sí  No  
Si responde que sí, especifique: \_\_\_\_\_
5. Indique quién de su familia ha tenido (aparte de usted):

<input type="checkbox"/> asma _____	<input type="checkbox"/> eccema _____
<input type="checkbox"/> alergias por estación / todo el año _____	<input type="checkbox"/> problemas en los senos nasales _____
<input type="checkbox"/> otras alergias (a medicamentos, piquetes de abeja, alimentos, etcétera) _____	
6. ¿Fuma?  Sí  No Si "sí", ¿cuánto fuma? \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna vez ha fumado?  Sí  No ¿Hace cuánto dejó de fumar? \_\_\_\_\_
8. ¿Por cuántos años fumó? \_\_\_\_\_

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Reviewed by

Fecha

## *Consentimiento a prueba cutánea de alergias*

Las pruebas cutáneas de alergias son una importante herramienta que utilizan los profesionales de la salud para diagnosticar la causa de una reacción alérgica. El primer paso para brindarle la mejor y más completa variedad de opciones para su tratamiento es el diagnóstico correcto con pruebas que identifican los antígenos específicos que causan sus síntomas.

Al controlarse sus condiciones alérgicas, se disminuyen los días que tiene que faltar al trabajo o escuela y se eliminan los síntomas que causan déficit de atención y falta de concentración.

La prueba cutánea es realizada mediante el mismo proceso utilizado en los consultorios de los alergólogos: con un objeto de plástico llamado "MAST", se colocan 62 antígenos en la espalda u otra parte del cuerpo para ser leídos por su profesional de salud. La prueba es muy precisa y los resultados se leen en 15 minutos.

Existe un bajo riesgo de que se presente comezón leve o incomodidad por la prueba y un extremadamente bajo riesgo de anafilaxia asociada con la prueba cutánea.

El costo de la prueba varía según el plan de salud, pero la mayoría de los planes cubren la prueba. Recuerde que hay planes que aplican cargos por deducibles y copagos.

**Con mi firma, confirmo que entiendo las indicaciones para realizar la prueba, así como los beneficios y riesgos potenciales relacionados:**

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_