

En un esfuerzo por saber todo lo que podamos sobre usted para ayudarle en su visita con el alergólogo/inmunólogo, complete las dos páginas siguientes. Cuando haya completado el formulario en su totalidad, guarde el archivo y envíelo por correo electrónico a: [allergy@cooperhealth.edu](mailto:allergy@cooperhealth.edu) antes de su cita, o imprímalo y tráigalo con usted si le resulta más fácil. **Muchas gracias.**

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**CAMPO OBLIGATORIO. DÍGANOS LA RAZÓN POR LA QUE ESTÁ AQUÍ HOY:**

**Estoy aquí HOY porque:** \_\_\_\_\_

¿Está actualmente embarazada?  Marque si la respuesta es SÍ (no podemos realizarle una prueba cutánea si está embarazada)

**Antecedentes médicos**

¿Ha visitado alguna vez a un proveedor de atención médica por alguno de los siguientes motivos? (marque la casilla si la respuesta es SÍ)

- |                                     |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma       | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Urticaria              | <input type="checkbox"/> Hinchazón                                  |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído    | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Alergias durante todo el año               |
| <input type="checkbox"/> Neumonía   | <input type="checkbox"/> Eczema                 | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido          | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales<br>(primavera/otoño) |
| <input type="checkbox"/> Otro       |   |   |   |

Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

Antecedentes quirúrgicos: \_\_\_\_\_

¿Pruebas de alergia o análisis de laboratorio anteriores?  Sí: ¿en qué año aproximadamente? \_\_\_\_\_  No

¿Radiografías de tórax anteriores?  Sí: ¿en qué año aproximadamente? \_\_\_\_\_  No

**Dieta: ¿puede comer los siguientes alimentos?:** (marque las casillas)

SÍ, PUEDO comer:  Leche  Huevos  Maní  Frutos secos (todas las demás nueces)  Mariscos  Pescado

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

**Vacunas: ¿Se ha puesto las siguientes vacunas?:** (marque las casillas)

Pneumovax/Prevnar (vacuna contra la neumonía)  Varivax (vacuna contra la varicela)  Vacuna contra la gripe  COVID  Tdap

**Alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Alergias alimentarias:** \_\_\_\_\_

**Alergia al látex:** (cualquier problema relacionado con globos o procedimientos dentales, etc.) \_\_\_\_\_

**Sensibilidad a los insectos:** (abeja, avispa, avispon, araña, mosquito)  Nunca ha sido picado  Picadura sin reacción  Picadura con reacción

**Reacción:**  Pequeña hinchazón en el lugar  Gran hinchazón en el lugar  Urticaria; hinchazón de labios, lengua, garganta; dificultad para respirar

**Alergia al medio de contraste:** (escaneo de IRM o TC)  Sin exposición  Expuesto (sin reacción)  Expuesto (con reacción)

**Antecedentes familiares: ¿Alguien de la familia padece lo siguiente?** (marque con una X si la respuesta es SÍ)

	Asma	Rinitis alérgica (fiebre del heno/alergias estacionales)	Problemas de sinusitis	Alergia alimentaria	Eczema (problemas cutáneos)	Alergia a medicamentos	Otros
Madre							
Padre							
Hermanos							

**Antecedentes sociales:** Soy: (marque la casilla)  Casado(a)  Divorciado(a)  Soltero(a)  Vivo en pareja

**Mi casa es:**  Unifamiliar  Apartamento  Condominio/casa adosada  Otro \_\_\_\_\_

**Mi vecindario es:**  Urbano  Suburbano  Granja  Bosque  Lago  Costero

**Hay problemas en el hogar con:**  Ratones/ratas  Cucarachas

**Sótano:** ¿Tiene sótano?  Sí  No Si la respuesta es SÍ, es  Seco  Húmedo

**Tipo de calefacción de su casa:**

Gas/aire caliente forzado (FHA, por sus siglas en inglés)  Aceite  Eléctrica  Queroseno  Radiador  Zócalo  Chimenea  Estufa de leña

**En invierno, mantenemos el termostato de casa a:**  70 °F  Menos de 70 °F  Más de 70 °F

**El suelo de su dormitorio tiene:**  Alfombra de pared a pared  Madera dura  Alfombra de área  Linóleo

**Cama:**  Cama de tamaño regular  Otro \_\_\_\_\_

**Almohada:**  Relleno de fibra  Pluma  Espuma

**Funda de almohada** (hipoalergénica):  Sí  No

**Funda de colchón** (hipoalergénica):  Sí  No

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Estudiante activo:** \_\_\_\_\_

**Fumar/vapear:** ¿Alguien fuma o vapea en casa?  Sí  No

Paciente, si la respuesta es sí: \_\_\_\_\_ N.º de paquetes al día \_\_\_\_\_ N.º de años

¿Dejó de fumar?  En caso afirmativo, ¿hace cuántos años? \_\_\_\_\_

**Mascotas:**  Ninguna  Perro(s) \_\_\_\_\_  Gato(s) \_\_\_\_\_  Pájaro(s) \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

**Cuidado de la piel:** para eczemas, piel seca u otras afecciones cutáneas

Tipo de jabón o limpiador para la piel: \_\_\_\_\_

Tipo de hidratantes: \_\_\_\_\_

Detergente para la ropa: \_\_\_\_\_ Hojas para secadora Sí  No  Suavizante de telas Sí  No

Medicamentos para la piel: \_\_\_\_\_

Si acude a nosotros debido a una reacción de cualquier tipo (urticaria, hinchazón, comezón, etc.) a un alimento/medicamento/cualquier otra sustancia, facilite cualquier información pertinente que pueda ser útil para que el médico determine qué pudo haber causado la reacción. Por ejemplo: alimentos ingeridos 24 horas antes de la reacción, medicamentos, lociones, jabones, detergentes para la ropa, mascotas o alérgenos del exterior. Tenga en cuenta que si ha tenido una reacción a un medicamento, es posible que no podamos analizar el medicamento específico. Su evaluación es de suma importancia para nosotros, y nos esforzaremos por encontrar respuestas para usted.

 Una vez que haya completado este formulario, guarde el archivo y envíelo por correo electrónico a: [allergy@cooperhealth.edu](mailto:allergy@cooperhealth.edu) antes de su cita, o imprímalo y tráigalo con usted si le resulta más fácil.

Complete ambas páginas 