

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 antes de su cita, o imprímalo y tráigalo con usted si le resulta más fácil. **Muchas gracias.**

Fecha de la cita: _____

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 (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 antes de su cita, o imprímalo y tráigalo con usted si le resulta más fácil.**