

Historia Medical Pasada

Oídos, Ojos, Nariz y Garganta S=Si N=No	Fecha del comienzo de síntomas o diagnóstico	Revisar si Actual	CARDIOVASCULAR	Fecha del comienzo de síntomas o diagnóstico	Revisar si Actual
Alergias S N			Angina de pecho/Dolor del Pecho S N		
Estacional / Todo el año (circule uno)			Ataques del Corazón S N		
Dificultad al oír S N			Alta Presión S N		
Sinusitis Crónica S N			Soplo S N		
Lentes/Pupilentes S N			Problemas de la válvula Mitral S N		
Dificultad de ver a larga distancia/corta S N			Flebitis S N		
Glaucoma S N			Alto Colesterol S N		
Cataratas S N			GASTROINTESTINAL		
Respiración			Úlceras Estomacales S N		
Asma S N			Úlceras Duodenales S N		
Bronquitis S N			Enfermedad de la vena Biliar S N		
Pulmonía S N			Estreñimiento S N		
Obstrucción Pulmonar Crónica S N			Hemorroides S N		
GENITOURINARIO			Diarrea S N		
Inflamación de Prostata S N			Acidez/Indigestión S N		
Infección Frecuentes de la Vejiga S N			Esofago Penuño S N		
Enfermedad de los riñones S N			NEUROPSIQUIATRICO		
HEMATOLOGICAL			Depresión S N		
Enfermedad de la Sangre S N			Convulsión S N		
Anemia S N			Embolia S N		
Dermatología			Parálisis S N		
Eczema/Dermatitis Atópica S N			Migrañas/Dolor de Cabeza S N		
Psoriasis S N			Alergias		
Acne S N			Alergias a medicamentos S N		
Musculosquelético			Alergias a Comidas S N		
Síndrome del Túnel Carpál S N			IMMUNOLOGICO		
Artritis S N			HIV S N		
Fracturas S N			Hepatitis (Especifique S N		
GINECOLOGIA			OTROS		
Quiste del Ovario/Tumores S N			1)		
Quiste del Uterio/Tumores S N			2)		
ENDOCRINOLOGIA					
Diabetes S N					
Tiroides S N					

Cirugías Y Procedimientos O Ninguna

Procedimientos	Fecha	Procedimientos	Fecha

HOSPITALIZACION O NINGUNA

Fecha	Razon	Hospital

Historia De Alergias

ASMA/COPD HISTORY (Circule Una) Ninguna

Cuando fue diagnosticado/a por primera vez con asma/Obstruccion Pulmonar Cronica? _____

Cuantas veces ha sido hospitalizado/a por causa del asma/Obstruccion Pulmonar Cronica? _____ Fecha Reciente: _____ Por Cuanto Tiempo? _____

Ultima vez que uso esteroides(inyeccion/ tomadas) en los ultimo 2 anos: _____ Cuantas veces a tomado esteroides en el ultimo año? _____

Cuantas visitas a la sala de emergencia? _____ Fecha mas reciente: _____ Numero de dias perdidos de clase/trabajo el año pasado? _____

Cuando le comenzaron por primera vez sus sintomas de asma/Obstruccion Pulmonar Cronica? _____

En sus propias palabres, describa los sintomas que le causen mayor tension debido al asma/Obstruccion Pulmonar Cronica?

Historia de Alergias Ninguna

Cuando tuvo sintomas de alergias nasales por primera vez? _____

Tiene usted: Escurrimiento Nasal Dolor de cabeza por las sinusitis
 Escurrimiento Postnasal fatiga por las alergias
 congestion Nasal poca concentracion por las alergias
 Presion de sinus Perdida de olfato

3.) Son sus alergias activas durante: Primavera Verano Otoño Invierno durante todo el año

4.) Cuando tiene alergias? (Marque todas las que apliquen)

- al despertar en el trabajo jugando con aire acondicionado
- en la noche vientos de Santa Ana Pasto recién cortado
- polvo en su casa gatos Perros Plumas
- Periodomenstrual
- Ciertas Comidas

Ha tenido radiografias nasal?

NO Si; Indique la fecha _____

Cual fue el resultado? _____

Alergias de la Piel. NO ECZEMA RONCHAS

Describa Factores que hacen empeorar sus ronchas:

Historia de Ninez

Tos Ferina Eczema Infantil Infeccion de oidos frecuentes
 Infeccion de los Bronquios Otro: _____

Alergias a Comidas

No
 Si, por favor indique tipo de comida y reaccion alergica: _____

Alergia al Latex Si No

Alguna reaccion alergica a guantes o condones de latex? Por favor explique en detalle.

Alergias a Medicinas Ninguna

aspirina Anestesia local sulfa
 penicilina tintes de rayos-x Otro: _____
 Explique reaccion:

Reacciones a insectos Ninguna

Abeja Avispon Yellow jacket
 Avispa Hormiga Otro: _____
 Explique reaccion:

Historial Familiar	Alergias Nasales Symptomias Nasal	Sinosites	Asthma	Obstrucion Pulmonar Chronica	Alergias a Comidas	Ronchas O Inchazon	Ecceema
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos/Hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene Abuelos, tias o tios con problemas de alergias ?		! NO <i>Si, Explique</i> ! SI					
Marque o complete las respuestas que mejor describan su ambiente en casa							
Tipo de casa		Locacion de su casa			Hay obvio:		
<input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> DORMITORIO		<input type="checkbox"/> Costa <input type="checkbox"/> Montañas <input type="checkbox"/> Ciudad			<input type="checkbox"/> Mojo o daño causado por el aqua		
<input type="checkbox"/> CASAMOBIL <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CONDOMINIO		<input type="checkbox"/> Campo <input type="checkbox"/> Desierto			<input type="checkbox"/> Cucarachas		
Indique cuales animals domesticos tiene:		Su Cuarto tiene : <input type="checkbox"/> Calenton <input type="checkbox"/> Humectador					
<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Pajaro <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Purificador de aire <input type="checkbox"/> Aire acondicionado					
Covertura del piso en su cuarto				Tipo de almohada:		Tiempo con almohada en años: _____	
<input type="checkbox"/> Alfombra <input type="checkbox"/> Linolio o azulejo <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro: _____				<input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> Sintetico <input type="checkbox"/> Espuma/goma <input type="checkbox"/> Coverturacon Cierre de zipper			
Hay alguien que fume en su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Relacion: _____							
Indique tipo de Alergia: !Ninguna <input type="checkbox"/> Sangre		Indique a que fueron Positivo		<input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Mojo <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Polvo			
Indique exámenes de alergias <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Otro: _____		los Exámenes:		<input type="checkbox"/> ! Animales <input type="checkbox"/> otro			
que ha tomado en el pasado:							
Alguna vez a tomado medicamientos como/de cortisona (Prednisone, Decadron, esteroides)				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si		Cuando _____ Dosis: _____ Por cuanto tiempo _____	
Alguna vez a recibido vacunas para las alergias? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si				Cuando?		Fechas: De _____ A _____	
Como le funcionaron las vacunas?		<input type="checkbox"/> Ayuda Minima <input type="checkbox"/> Reacciones		Nombre y establecimiento del doctor que le dio las vacunas?			
<input type="checkbox"/> Util <input type="checkbox"/> no util							