

Children's National Medical Center
Cuestionario de pacientes nuevos en la clínica de alergias

Favor de llenar esta hoja y traerla el día de la cita.

Nombre del niño: _____

Nombre de la persona que llena este cuestionario: _____

Domicilio: _____

Mejor número de teléfono dónde llamarle:

Casa: _____

Trabajo: _____

Celular: _____

E-mail: _____

¿Quién es el doctor primario de su niño y cual es la dirección? _____

¿Qué otros médicos han visto a su niño? _____

¿Su niño ha visto a algún alergista? _____ Si sí, ¿cuando? _____

¿Quién? _____

Brevemente, ¿qué problemas está presentando su niño? _____

¿Cuanto pesó su niño al nacer? _____

Cuando nació, ¿comenzó a tomar leche materna o de fórmula? _____

Si tomó leche de fórmula, ¿cual? _____ ¿Presentó alguna reacción a la
leche de fórmula? _____

¿A su niño se le ha diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de alergia?
(marque todas las que correspondan)

- Rinitis alérgica (fiebre del heno)
- Asma
- Eccema
- Alergia a la comida

¿Algunas de las siguientes empeoran los síntomas? (circule) Favor de indicar el(los) síntoma(s) que son empeorados en el margen:

¿Temporada?	Primavera	Verano	Otoño	Invierno	No efecto
¿Hora del día?	Mañana	Durante el día	Durante la noche	No efecto	
¿Ejercicios?	Sí	No			
¿Cambios de clima?	De caliente a frío	De frío a caliente	No efecto		
¿Calor?	Sí	No			
¿Frío?	Sí	No			
¿Lluvia?	Sí	No			
¿Humedad?	Sí	No			
¿Vapores?	Sí	No			
¿Olores?	Sí	No			
¿Sentimientos?	Tensión	Reír	Llorar	No efecto	
infecciones (resfriados)	Sí	No			
¿Lugar?	Adentro	Afuera	No efecto		
¿Polvo?	Sí	No			
¿Cortar el césped con máquina?	Sí	No			
¿Plantas/césped?	Sí	No			
¿Animales?	Perros	Gatos	Otros animales	No efecto	
¿Cambios de casa?	Sí	No			
¿Viajes?	Sí	No			
¿Comidas?	Sí	No			

¿Su niño alguna vez ha tenido alguna reacción a algún medicamento? Si sí, ¿a cual(es) y cuando?

¿Su niño alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica a alguna comida? Si sí, ¿a cual(es)?

¿Alguna vez su niño ha tenido alguna reacción alérgica a piquetes de insectos?

¿Qué medicamentos su niño está tomando ahora?

¿Su niño toma algún medicamento herbal o alternativo? _____ Si sí, ¿Cuál(es)?

¿Su niño toma algún suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas? _____ Si sí, ¿cual? _____

¿A su niño se le ha hecho alguna de las siguientes pruebas? Si sí, ¿cuando se la hicieron y cual fue el resultado?

¿Pruebas de alergia cutáneas? _____

¿Pruebas de radioalergoabsorción (prueba de sangre) (RAST)?

Radiografía de pecho o imágenes de los senos paranasales?

¿Pruebas del sistema inmune?

¿Pruebas de sudor (para revisar fibrosis quística)?

Ambiente del hogar:

¿Dónde vive? _____

¿En que tipo de casa vive?	Casa individual	Familia múltiple	Departamento	Otro
¿Cuanto tiempo lleva viviendo en esta casa?				
¿Su casa está ubicada en un área boscosa?	Sí	No		
¿Tiene sótano?	Sí	No		
Si tiene sótano, está/tiene:	¿Húmedo?	¿Moho?	¿Ratones?	¿Cucarachas?
Tiene:	¿Alfombra por toda la casa?	¿Tapetes/alfombrillas?	¿Pisos de madera?	
¿Tiene aire acondicionado?	A/C central	Unidad de ventana	Ninguno	
Tiene un:	¿Humidificador?	¿Deshumidificador?	Ninguno	
¿Tiene plantas adentro de su casa?	Sí	No		
¿Tiene mascotas?	Perro	Gato	Otros ()	Ninguno
¿Alguien fuma en su casa?	Sí	No		

Si alguien fuma en la casa, ¿en dónde fuma?	Adentro	Afuera	Ambos lugares	
¿Les interesa dejar de fumar?	Sí	No		

En la habitación de su niño:

¿Hay alfombra?	Por toda la casa	Tapetes/Alfombrillas	Piso de madera	Otro
¿Las ventanas tienen coberturas?	Cortinas	Persianas	Pantallas	Ninguna
¿Hay animales de peluche?	Muchos	Unos cuantos	Ninguno	
Si tiene animales de peluche, ¿los dejan en la cama?	Sí	No		
¿Hay muebles tapizados en la habitación?	Sí	No		
Hay protectores hipoalergénicos en el(la):	Colchón	Base de colchón	Almohada	Ninguno
¿La cama tiene otro tipo de cobertura?	Cobija	Colcha	Edredón	
¿Hay almohada?	Relleno de plumas	Relleno sintético	Ninguno	

Historial de la familia:

¿Cuantos hermanos(as) tiene su niño? _____ ¿De que edades? _____

¿Alguno de los miembros de la familia tiene alguna de las siguientes enfermedades? (Circule sí)

Hermanos/hermanas:	Eccema	Fiebre del heno	Asma	Urticaria	Alergias a comidas
Padre:	Eccema	Fiebre del heno	Asma	Urticaria	Alergias a comidas
Madre:	Eccema	Fiebre del heno	Asma	Urticaria	Alergias a comidas

Alergias a las comidas, favor de escribir las comidas específicas que la familia le causa alergia:

¿El niño va a alguna guardería? Favor de circular. Sí No

Si sí,

¿Cuántos niños van a alguna guardería? _____

¿Hay alguna mascota en la guardería? _____

¿Hay alfombra en la guardería? _____

¿Hay alguna preocupación ambiental en la guardería? _____

¡Gracias! Esperamos conocerlos.

Rev 5/10