

SIRVEN & ASSOCIATES ALLERGY AND ASTHMA CENTER

Name/Nombre _____ Birth Date/Fecha de Nacimiento: _____ Today's Date/Fecha de Hoy: _____

Primary Care Dr/ Doctor Primario _____ Referred By/Referido Por: _____

Reason for visit/Razon de Visita: _____

PAST MEDICAL HISTORY/ ANTECEDENTES MEDICOS:

	YES	DATE
1. Asthma.	<input type="checkbox"/>	_____
2. Cancer.	<input type="checkbox"/>	_____
3. Depression.	<input type="checkbox"/>	_____
4. Diabetes.	<input type="checkbox"/>	_____
5. Emphysema/Chronic Bronchitis (Bronquitis Cronica).	<input type="checkbox"/>	_____
6. Heart Attack/Heart Disease (Ataque del Corazon/Enfermedades del Corazon)	<input type="checkbox"/>	_____
7. High Blood Pressure (Presion Alta).	<input type="checkbox"/>	_____
8. Pneumonia (Neumonia)	<input type="checkbox"/>	_____
9. Reflux/Stomach Ulcers (Reflujo/Ulcera Estomacal)	<input type="checkbox"/>	_____
10. Stroke	<input type="checkbox"/>	_____
11. Wheezing (Falta de Aire)	<input type="checkbox"/>	_____
12. Other (Otra Enfermedad) _____	<input type="checkbox"/>	_____

SURGICAL HISTORY /QUIRURGICO DE HISTORIA

1. Adenoid Removal (Remover de Adenoides)	<input type="checkbox"/>	_____
2. Appendix Removal (Remover de Apendice)	<input type="checkbox"/>	_____
3. C-Section (Cesarea)	<input type="checkbox"/>	_____
4. Ear Tube Placement (Colocacion de Tubo del Oido)	<input type="checkbox"/>	_____
5. Gallbladder Removal (Remover de la Vesicula)	<input type="checkbox"/>	_____
6. Heart Artery Bypass/Ballon Angioplasty (Cateterismo y Bypass de Aterias)	<input type="checkbox"/>	_____
7. Hernia Repair (Reparacion de Hernia)	<input type="checkbox"/>	_____
8. Hysterectomy	<input type="checkbox"/>	_____
9. Sinus Surgery (Cirugia Sinusal)	<input type="checkbox"/>	_____
10. Tonsil Removal (Remover de las amigdalas)	<input type="checkbox"/>	_____

FAMILY MEDICAL HISTORY /HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

1. Arthritis	<input type="checkbox"/>	_____
2. Asthma	<input type="checkbox"/>	_____
3. Cancer	<input type="checkbox"/>	_____
4. Stroke	<input type="checkbox"/>	_____
5. Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____
6. Eczema	<input type="checkbox"/>	_____
7. Heart Disease (Enfermedades del Corazon)	<input type="checkbox"/>	_____
8. High Blood Pressure (Alta Presion)	<input type="checkbox"/>	_____
9. Nasal Allergy (Alergia Nasal)	<input type="checkbox"/>	_____
10. Other (Otra Enfermedad)	<input type="checkbox"/>	_____

SIRVEN & ASSOCIATES ALLERGY AND ASTHMA CENTER

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Health (Salud)

1. Do you smoke or use tobacco products/Usted fuma o usa algun producto de tabaco?
 If yes, how many packs per day/En caso afirmativo, cuantos paquetes al dia? _____
 Did you quit? If so when, Usted deajo de fumar, cuando? _____

YES

NO

2. Do you have any pets/ usted tiene animals?
 Indoor or Outdoor/ En la casa o afuera de la casa? _____

What kind of pet is it/Que tipo de mascota? Dog / Perro Cat / Gato Bird / Pajaro

Other/Otro _____

3. Central Air Conditioning/ Aire Central?

Room Air Conditioner/ Aire de pared?

Do you change the filter/ Cambia el filtro?

How often/ Cada cuanto tiempo? _____

4. Furniture/ Muebles de Sala: Leather / Cuero Fabric / Tela Suede / Degamuzza Other/Otro: _____

5. Bedding/ Colchas: Feather / Pluma Fabric / Tela Synthetic / Sintetico Other/Otro: _____

6. Stuffed Animals/ Peluches?

7. Type of flooring in your home/ Tipo de piso en su casa?

Wood/ Madera Tile/Losa Carpet/Alfombra

Marble/Marmol

Other/Otro: _____

8. Any mold or mildew in your home/ Cualquier molde o el moho en su casa?

If yes, where?/ Si afirmativo en que parte? _____

9. Any water damage to home (Past or Present)/ Algun danio de agua en el presente or pasado?

ALLERGIES/ALERGIAS:

DRUGS/MEDICINAS

FOODS/COMIDAS

ENVIRONMENT/MEDIO AMBIENTE

NAME/NOMBRE	REACTION/REACCION	NAME/NOMBRE	REACTION/REACCION	NAME/NOMBRE	REACTION/REACCION

Are you allergic to latex/Es usted alergico al latex?

MEDICATIONS/ MEDICAMENTOS:

Please list all medications that are currently taking. Por favor indique todo las medicinas que esta tomando.

Drug/Medicamiento	Dosage/Dosis	Physican/Doctor	Drug/Medicamiento	Dosage/Dosis	Physican/Doctor

If more, please indicate on back of paper/Si no alcanza, indique atras de la hoja

OTC & HERBAL MEDICATIONS

MEDICINAS SIN RECETA Y MEDICAMENTOS A BASE DE HIERBAS

Tylenol		Calcium		Advil/Aleve	
Aspirin/Bayer/Goodies		Laxatives		Ibuprofen/Motrin	
Appetite Suppressants		Decongestants		Sleeping Aids	
Herbs/Vitamins		Nasal Spray		Other/Otro	