

**Allergy, Asthma & Sinus Center of Long Island**  
**Harshit M. Patel, M.D.**

120 Bethpage Road, Suite 310, Hicksville, NY 11801 - 3227 Long Beach Rd., Oceanside, NY 11795  
 820 Suffolk Avenue, Brentwood, NY 11717 - 431 Beach 129th Street, Belle Harbor, NY 11694  
 373 W. Main Street, Babylon, NY 11702 - 124 East 40th Street, Ste 404, Manhattan, NY 10016  
 Tel#: (516) 822-6655 o Fax #: (516) 932-2090

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Cita: \_\_\_\_\_  
 Fecha Di Naciemiento: \_\_\_\_\_

**Para completar por paciente**

**Escriba en sus propias Palabras la razon de visita:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Por favor de escribir la lista de todos los medicamentos que actualmente esta to mando:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

**Asociado sintomas:**

Nasal: Picazon, Goteo , Congestionado , Estornudo, El roncar, respiradero de la boca , la nariz sangra

Sinositis: Dolor de cabeza, Presion, Infeccion

Oreja: Picazon, Popping, Infeccion, Tubos, Perdida Del Audicion,

Ojo: Picazon, Goteo, Hinchazón, Enrojecimiento

Garganta: Picazon, Goteo Nasal, Ronquera, Estreptococos

Pecho: Tos, Silbidos, Presion, SOB, Bronchitis, Neumonia

Peau: Picazon, Erupcion, Eccema

Di autre: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

	Padre	Madre	Hermano	Ninos
Asma				
Alergias				
Colmenas				
Eccema				
Cáncer				
Otros				

Médico  
 Primario: \_\_\_\_\_

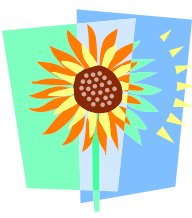
Remitido  
 por: \_\_\_\_\_

**A cumplimentar por el medico:**

**Chief Complaint:**

**History of Present Illness:**

**Family History:**



**Allergy, Asthma & Sinus Center of Long Island**  
**Harshit M. Patel, M.D.**

120 Bethpage Road, Suite 310, Hicksville, NY 11801 - 3227 Long Beach Rd., Oceanside, NY 11795  
820 Suffolk Avenue, Brentwood, NY 11717 - 431 Beach 129th Street, Belle Harbor, NY 11694  
373 W. Main Street, Babylon, NY 11702 - 124 East 40th Street, Ste 404, Manhattan, NY 10016  
Tel#: (516) 822-6655 o Fax #: (516) 932-2090

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha Di Cita: \_\_\_\_\_

**Para completar por paciente**

**Historial médico**

1. ¿Usted ha tenido cirugía nasal o sinusal?  
SI NO

Tipo:

Fecha:

2. ¿Ha tenido una amigdalectomía o  
adnoidectomy? SI NO  
Fecha:

3. ¿Ha tenido tubos oreja? SI NO  
Fecha:

4. Pídale a su vez se realizarán las pruebas  
de la alergia? SI NO

Si es así, ¿usted tiene la prueba en la  
piel o RAST (sangre) pruebas? SI NO

5. Pídale a su vez ha tenido inyecciones  
contra la alergia? SI NO

Si es así, por favor dar fechas:

¿Ayuda?:

6. Lista de todas las alergias a drogas

7. Lista de todas las alergias a los alimentos

8. ¿Alguna vez han tenido una reacción grave a  
una picadura de abejas o de hormigas  
mordida? SI NO

Describir:

**Para los niños menores de 15 años, completa los  
siguientes:**

1. Peso de nacimiento:

2. ¿Existen complicaciones después  
de la entrega? SI NO

Explique

3. Ha sido el crecimiento y el desarrollo  
normal? SI NO

Explicar

4. ¿Vacunación al día? SI NO

**A cumplimentar por el medico:**

**Physical Exam:**

WT: \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_

**General Appearance:**

**EYES:** Conjuntiva- Normal R L; RED R L

Lids Normal R L;

Edema-

**Ears:** TMS-Normal R L; DULL R L Red R L

Canals- Normal Occluded

**Nose:** Mucosa Normal Pale Red

Edema R- Mild Moderate Severe

L- Mild Moderate Severe

Mucosas- Mild Moderate Copious

Severe White Mucoïd

Poylps- None Present R L

Septum- Midline; Deviated R L

Excoriated R L; Perforated

**Oropharynx:** Palate- Normal / Other:

Post Pharynx- Normal Injected

Cobblestoned PND

**Teeth & Gums:** Normal Other:

**Face/Sinus Tenderenss:** Absent Frontal Max

**Neck:** Normal Appearance

**Thyroid:** Normal Enlarged

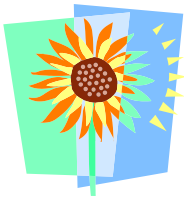
**Lymphatics:** Cuello Axilla Groin

**Chest:** Ventilation- Normal Retractions

Auscultation- Normal

Wheezes R L Bilat FVC

Rhonchi R L Bilat



## Allergy, Asthma & Sinus Center of Long Island Harshit M. Patel, M.D.

120 Bethpage Road, Suite 310, Hicksville, NY 11801 - 3227 Long Beach Rd., Oceanside, NY 11795  
820 Suffolk Avenue, Brentwood, NY 11717 - 431 Beach 129th Street, Belle Harbor, NY 11694  
373 W. Main Street, Babylon, NY 11702 - 124 East 40th Street, Ste 404, Manhattan, NY 10016  
Tel#: (516) 822-6655 o Fax #: (516) 932-2090

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha Di Cita: \_\_\_\_\_

**Para completar por paciente**

**Comprobar las siguientes condiciones médicas que usted tiene actualmente o ha tenido en el pasado.**

	Actual	Pasado
Enfermedad de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pólipos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroesophageal reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis o diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthirits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migranas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incautación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patología tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____		

Por favor, la lista de todas las hospitalizaciones (incluidos año, y la razón)

- 1.
- 2.
- 3.

**Historia Social**

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Estado civil: S M D W

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

Tabaquismo Historia: \_\_\_\_\_

**Enviremonetal Historia** (por favor seleccione las casillas correspondientes.)

Casa:  Casa  Apartamento  Condominio  Casa móvil

Edad: \_\_\_\_\_

Mascotas:  Gato  Interiores  Al aire libre  
 Perro  Interiores  Al aire libre

Fumadores:  Ninguno Por adentro  Al aire libre por

Calor:  Central  Radiador

Aire acondicionado:  Central  Ventana

Almohadas:  Pluma  No plumas Edad: \_\_\_\_\_

Cama:  Colchón/boxspring  De agua Edad: \_\_\_\_\_

Pisos:  Frondosas  Alfombra Edad: \_\_\_\_\_

Sótano o crawspace:  Seco  Húmedo  Que

**A cumplimentar por el medico:**

**Physical Exam (continued):**

CVS: \*Heart-  
\*PV (observ/palp) -

Abdomen: \*Tederness Mass

\*Liver/Spleen - Normal Enlarged

**Extremities:**

\*Skin: Normal: Other:

Neuro/Psych: \*Orientation

\*Mood/Affect

**Other:**

**Labs/X-rays:**

**Assessment/Plan**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

RTC \_\_\_\_\_