



Allergy and Asthma Clinic of Central Texas

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre de Pila

Fecha de hoy: ____/____/____
Fecha de nac: ____/____/____
MM DD YYYY

Queja principal: (describa en breve el motivo de su visita y lo que espera de esta)

Revisión de sistemas: (¿Tiene actualmente algunas de los siguientes? Marque un √ en el síntoma o ninguna)

General: [] Ninguna
Fatiga (Fatigue)
Pérdida de peso (weight loss)
Aumento de peso (weight gain)
Fiebre (fever)

Ojos/Eyes: [] Ninguna
Enrojecimiento (Redness)
Comezón (itching)
Lagrimo (tearing)
Costras de párpados (crusting of lids)
Dolor (pain)

Oídos/Ears: [] Ninguna	
Congestión	Zumbido (Ringing)
Comezón (itching)	Vertigo
Dolor (Pain)	Estallido (popping)
Secreción (Discharge)	
Tubos (Tubes)	

Nariz/ Nose: [] Ninguna
Comezón (Itching)
Estornudo (Sneezing)
Congestión
Drenaje [] claro [] blanco [] amarillo [] verde
Presión/dolor en los senos
Disminución/pérdida del sentido del olfato

Boca/ Mouth: [] Ninguna
Comezón en labios/lengua (Itching)
Hinchazón de los labios/lengua (Swelling)
Manchas blancas (white patches)
Respirar por la boca (mouth breathing)
Sequedad en la boca (dry mouth)
El mal aliento (bad breath)

Garganta/ Throat: [] Ninguna
Comezón (Itching)
Aclarar la garganta (Throat clearing)
Ronquera (Hoarseness)
Dificultad para tragar (Difficulty swallowing)
Drenaje nasal Post nasal drainage
Dolor de garganta (Sore Throat)

Pulmones/Lungs: [] Ninguna
Opresión en el pecho
Falta de aire (Shortness of breath)
Sibilancia (Wheezing)
Tos (Cough) [] con moco [] seca
Síntomas inducidos por el ejercicio

Corazón/Heart: [] Ninguna
Presión en el pecho (Chest pressure)
Dolor radiando a brazos/cuello/mandíbula
frecuencia cardíaca rápida (Rapid heart rate)
Alta presión (High blood pressure)

Gastrointestinal: [] Ninguna
Nausea
Vómitos
Diarrea
Estreñimiento (Constipation)
Distensión (Bloating)
Dolor abdominal tipo cólico (Crampy pain)

Genitourinario: [] Ninguna
Urgencia
Frecuencia
Dolor al orinar (Painful urination)
Sangre en la orina (Blood in urine)

Musculoesquelítico: [] Ninguna
Artritis
Debilidad (Weakness)
Hinchazón de las piernas (Leg swelling)
Calambres en las piernas (Leg cramps)

Piel/Skin: [] Ninguna
Comezón (itching)
Erupción cutánea (Rash)
Eczema
Urticaria/ ronchas (Hives)
Hinchazón (Swelling)

Neurológico: [] Ninguna
Dolores de cabeza (Headaches)
Entumecimiento (Numbness)
Desequilibrio (Imbalance)
Desmayo (Fainting)
Convulsiones (Seizures)

Psiquiátrico: [] Ninguna
Ansiedad (Anxiety)
Ataque de pánico (Panic Attacks)
Depresión
TDA/TDAH (ADD/ADHD)

Endocrino: [] Ninguna
Intolerancia al frío (Cold intolerance)
Intolerancia al calor (Heat intolerance)
Aumento de sed (Increased thirst)
Orina con frecuencia (Frequent urination)

Sangre(Blood)/Linfático: [] Ninguna
Anemia
Sangrando (Bleeding)
Contusión fácil (Easy bruisability)

Alérgico/Inmunológico: [] Ninguna
VIH/SIDA
Anafilaxia (Anaphylaxis)
Infecciones recurrentes
Alergia a los alimentos (Food Allergy)
Alergia a los insectos (Insect Allergy)

OSA Symptoms: [] Ninguna
Somnolencia diurna excesiva
Sueño inquieto (Restless sleep)
Ronquidos (Snoring)
Despertar por la noche (Awakening at night)
Pesadillas (Nightmares)
Rechinar los dientes (gritting teeth)
Mandíbula bruxismo (Jaw clenching)
Tiene que orinar durante la noche
Sudores nocturnos (Night sweats)

Cambio en la historia de la familia/medico/quirúrgico/sociales: [] No [] Sí _____

Cambio en casa/trabajo/ambiente? [] No [] Sí _____

Medicamento nuevo: _____

[] Ningún alergia a medicamento (NKDA)

Uso de inhalador de rescate _____ veces por [] día [] semana [] mes [] Alergia a medicamento _____

¿Recibió su vacuna contra la gripe este año? Sí No

¿Actualmente fuma? Sí No ¿Cuántos? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha fumado en el pasado? Sí No ¿Cuántos? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____