

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTO ALERGIAS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT ALLERGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género (Opcional): _____

Por favor sea tan detallado como pueda, para que podamos brindarle la mejor y más segura atención posible.

Farmacia de su preferencia (nombre y ubicación): _____

Médico de atención primaria

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Médico que lo deriva: _____

Razón por su visita (Marque todos los que correspondan)

Problemas nasales o de los senos Erupciones o urticaria en la piel Problemas en el pecho

Alergias a alimentos Infecciones frecuentes

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estornudos | <input type="checkbox"/> Drenaje post-nasal /Aclararse la garganta | <input type="checkbox"/> Despierto durante la noche con síntomas en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Comezón en: | <input type="checkbox"/> Ardor de garganta frecuente | <input type="checkbox"/> Sibilancia al respirar |
| <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Pólipos nasales | <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Oídos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Tos frecuente |
| <input type="checkbox"/> Nariz | <input type="checkbox"/> Infecciones de oídos frecuentes | <input type="checkbox"/> Sibilancia al hacer ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Paladar | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Líquido claro en la nariz | <input type="checkbox"/> Nariz rota | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Ojos hinchados o inflamados | <input type="checkbox"/> Respirar por la boca/Mal aliento | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Ojos llorosos | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar (nasal, en los senos o en el pecho) | |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | | |

Otro: _____

¿Cuándo empezaron los síntomas? _____

¿Cuándo fue la última vez que tuvo síntomas? _____

¿Los síntomas le han limitado alguna vez sus actividades en la escuela o el trabajo? Sí No Si, sí; explique: _____

¿Ha perdido tiempo de trabajo o en la escuela? Sí No Si, sí; explique: _____

ALERGIAS

Ninguna alergia conocida. Escriba cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos y ambientales**.

Alergia	Reacción

Alergias a picadura de insectos: Abeja Avispa común Avispa amarilla Hormigas rojas

Reacción: _____

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT ALLERGY**

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

Gender Identity (Optional): _____

Please provide as much detail as you are able so that we can give you the safest and best care possible.

Preferred Pharmacy (name and location): _____

Primary Care Provider

Name: _____ **Phone #:** _____

Address: _____ **Fax #:** _____

Referring Provider: _____

Reason for visit (Check all that apply)

Nasal or Sinus Problems **Skin Rash/Hives** **Chest Problems** **Food Allergies** **Frequent Infections**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sneezing | <input type="checkbox"/> Stuffy Nose | <input type="checkbox"/> Trouble Breathing (Nasal/Sinus OR Chest) |
| <input type="checkbox"/> Itching of: | <input type="checkbox"/> Post Nasal Drainage/Throat Clearing | <input type="checkbox"/> Awaken at Night with Chest Symptoms |
| <input type="checkbox"/> Eyes | <input type="checkbox"/> Frequent Raw Throat | <input type="checkbox"/> Wheezing When Breathing |
| <input type="checkbox"/> Ears | <input type="checkbox"/> Nasal Polyps | <input type="checkbox"/> Tightness in Chest |
| <input type="checkbox"/> Nose | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches | <input type="checkbox"/> Frequent Cough |
| <input type="checkbox"/> Palate (Roof of Mouth) | <input type="checkbox"/> Frequent Ear Infections | <input type="checkbox"/> Wheezing with Exercise |
| <input type="checkbox"/> Clear Watery Nose | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Puffy or Swollen Eyes | <input type="checkbox"/> Broken Nose | <input type="checkbox"/> Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Watery Eyes | <input type="checkbox"/> Mouth Breathing/Bad Breath | <input type="checkbox"/> Bronchitis |

Other: _____

When did your symptoms begin? _____

When did you last have symptoms? _____

Have your symptoms ever limited your activity at school or work? Yes No If yes, explain: _____

Have you lost time from school or work? Yes No If yes, explain: _____

ALLERGIES

No Known Allergies List any allergies and intolerances to **medications, food or the environment.**

Allergy	Reaction

Stinging Insect Allergy: Bee Wasp Yellow Jacket Fire Ant

Reaction: _____

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTO ALERGIAS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT ALLERGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

MEDICAMENTOS

No toma ningún medicamento

Escriba cualquier medicamento, vitaminas y medicinas de venta sin receta que toma, con la dosis y la frecuencia.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Qué problemas **médicos** ha tenido? Por favor marque **todos los que correspondan**:

ENFERMEDAD:	FECHA DE INICIO:	ENFERMEDAD:	FECHA DE INICIO:	ENFERMEDAD:	FECHA DE INICIO:
Infecciones de oído agudas		Diabetes		Pleuresía	
Rinitis alérgica		Eczema		Neumonía	
Asma		Alergias del medio ambiente		Neumonía recurrente	
Dermatitis atópica		Enfermedad cardíaca		Sinusitis	
Bronquitis		Urticaria		Apnea del sueño	
Cáncer tipo: _____		Hipertensión		Enfermedad de la tiroides	
Tos crónica		Trastornos inmunitarios		Amigdalitis	
Infecciones de oído crónicas		Inmunodeficiencia		Tuberculosis	
Dermatitis de contacto		Fractura nasal		Otro:	
EPOC (COPD)		Pólipos nasales			
Tabique nasal desviado		Alergias a mascotas			

Otros problemas médicos:

¿Le han hospitalizado recientemente o ha ido a urgencias? Escriba las fechas y los motivos a continuación:

Fecha	Motivo	Fecha	Motivo

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT ALLERGY**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

MEDICATIONS

Not taking any medications

List any medications, vitamins, supplements, and over the counter medications you are taking, with dose and how often.

Medication Name	Dose	How often?

MEDICAL HISTORY

What **medical** problems have you had? Please mark **all** that apply:

CONDITION:	ONSET DATE:	CONDITION:	ONSET DATE:	CONDITION:	ONSET DATE:
Acute ear infections		Diabetes		Pleurisy	
Allergic rhinitis		Eczema		Pneumonia	
Asthma		Environmental allergies		Recurrent pneumonia	
Atopic dermatitis		Heart disease		Sinusitis	
Bronchitis		Hives		Sleep apnea	
Cancer type: _____		Hypertension		Thyroid disease	
Chronic cough		Immune disorder		Tonsillitis	
Chronic ear infections		Immunodeficiency		Tuberculosis	
Contact dermatitis		Nasal fracture		Other:	
COPD		Nasal polyps			
Deviated nasal septum		Pet allergies			

Other medical problems:

Have you had any recent hospitalizations or ER visits (provide dates and reason below)?

Date	Reason	Date	Reason

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTO ALERGIAS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT ALLERGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Escriba cualquier cirugía anterior que haya tenido y la fecha Ninguna cirugía

Fecha	Tipo de cirugía	Fecha	Tipo de cirugía

ANTECEDENTES FAMILIARES

*Enfermedades relacionadas con alergias, asma o inmunitarias únicamente

Madre:	<input type="checkbox"/> Alergias/ Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Padre:	<input type="checkbox"/> Alergias/ Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Hermana(s):	<input type="checkbox"/> Alergias/ Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Hermano(s):	<input type="checkbox"/> Alergias/ Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Hijos:	<input type="checkbox"/> Alergias/ Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Otros miembros de la familia:	<input type="checkbox"/> Alergias/ Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema

Cualquier antecedente familiar pertinente: _____

ANTECEDENTES SOCIALES

Uso de tabaco/fumador: Nunca _____
 Actualmente _____ Tipo _____ Cantidad _____ Duración _____
 Antes usaba _____ Tipo _____ Cantidad _____ Duración _____

¿Toma alcohol? Sí No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____
 ¿Toma cafeína? Sí No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____
 ¿Usa drogas? Sí No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____
 ¿Hace usted ejercicio? Sí No Escriba el tipo de ejercicio y el número de horas por semana _____

Ocupación: _____ Empleador _____
 Nombre del cónyuge o pareja: _____ Ocupación: _____
 ¿Tiene animales en casa? Sí No Si es así, escriba qué tipo: _____

MANTENIMIENTO DE SALUD

Escriba la fecha en que le pusieron las últimas vacunas:

Influenza (gripe):	Tdap (tétanos o difteria):
Neumocócica:	Meningocócica:

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT ALLERGY**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

SURGICAL HISTORY

List all prior surgeries and the date: No prior surgeries

Date	Type of Surgery	Date	Type of Surgery

FAMILY HISTORY

*Conditions Related to Allergy, Asthma & Immunology Only

Mother:	<input type="checkbox"/> Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hives	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Father:	<input type="checkbox"/> Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hives	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Sister(s):	<input type="checkbox"/> Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hives	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Brother(s):	<input type="checkbox"/> Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hives	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Children:	<input type="checkbox"/> Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hives	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema
Other family Members:	<input type="checkbox"/> Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hives	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Eczema

Any additional pertinent family history: _____

SOCIAL HISTORY

Tobacco/smoking status: Never _____
 Current _____ Type _____ Amount _____ Duration _____
 Former _____ Type _____ Amount _____ Duration _____

Do you use alcohol? Yes No Type _____ Amount _____ Frequency _____

Do you use recreational drugs? Yes No Type _____ Amount _____ Frequency _____

Tobacco/smoking use in the home: Yes No

Do you exercise? Yes No If yes, list type of exercise and number of times/week: _____

Occupation _____ Employer _____

Spouse or Partner Name: _____ Occupation: _____

Do you have animals in the home? Yes No If yes, type: _____

HEALTH MAINTENANCE

List the last date given:

Flu:	Tdap (tetanus and /or diphtheria):
Pneumococcal:	Meningococcal:

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
ADULTO ALERGIAS
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT ALLERGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES PERTINENTES DE ALERGIAS, ASMA E INMUNITARIOS

Escriba las áreas geográficas en las que ha vivido y por cuánto tiempo:

Lugar	¿Cuántos años?	Lugar	¿Cuántos años?

Ambiente en el hogar: Casa Dúplex Condominio Departamento

Casa modular *Años que ha vivido ahí: _____

Aire acondicionado Alfombras Edredón de plumas Hobbies polvorientos _____

Aire caliente forzado Inundaciones anteriores (Año: _____)

¿Le han hecho una prueba cutánea anteriormente? Sí No Si. Sí, escriba la fecha: _____

Técnica que usaron: piquetes o escarificados en la piel Inyecciones en la piel

¿Le han puesto inyecciones contra las alergias? Sí No Si. Sí, escriba la fecha: _____

¿Qué medicamentos le han ayudado? (Especifique el nombre si lo sabe)

Problemas nasales:

Antihistamínicos Gotas nasales Spray nasal esteroide Antihistamínicos de venta libre

Gotas para los ojos

Problemas en los ojos:

Antihistamínicos Antihistamínicos de venta libre Gotas para los ojos

Problemas en el pecho:

Inhaladores para el asma Antihistamínicos Anti leucotrienos (Singulair, Accolate, Zyflo)

Problemas de la piel:

Cremas esteroides Cremas sin esteroides Cremas de venta libre Antihistamínicos

Tenga en cuenta: Puede ser que le recomienden pruebas para alergias en su primera cita; por favor planee 2 horas para su cita. Además, debe dejar de tomar medicamentos antihistamínicos por lo menos 5 días antes de su visita. Estos incluyen Benadryl (difenhidramina), Zyrtec (cetirizina), Claritin (loratadina), Allegra (fexofenadina), Clarinex (desloratadina), Xyzal (levocetirizina), Atarax (hidroxicina), Bromfed (bromfeniramina), Chlortrimeton (clorfeniramina) and Tavist-D.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT ALLERGY**

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY PERTINENT HISTORY

List geographic areas you have lived in and for how long:

Location	# of Years	Location	# of Years

Home Environment: House Duplex Condo Department Modular home *Years lived there: _____
 Air conditioning Carpeting Down bedding Dusty hobbies _____ Forced air heat
 Previous flooding (Year: _____)

Have you ever been skin tested before? Yes No If yes, date: _____

Technique used: Pricked/scratched on the skin Injections into the skin

Have you ever been on allergy shots? Yes No If yes, date: _____

What medications have you found helpful for: (Specify name if known)

Nasal Problems:

Antihistamines Nose drops Nasal steroid sprays Over the counter antihistamines Eye drops

Eye Problems:

Antihistamines Over the counter antihistamines Eye drops

Chest Problems:

Asthma inhalers Antihistamines Anti-Leukotrienes (Singulair, Accolate, Zyflo)

Skin Problems:

Steroid creams Non-steroidal creams Over the counter creams Antihistamines

Please Note: Allergy Testing may be recommended at your first visit; please plan for a 2 hour visit. Additionally, stop taking oral antihistamine medications for at least 5 days prior to the visit. These include Benadryl (diphenhydramine), Zyrtec (cetirizine), Claritin (loratadine), Allegra (fexofenadine), Clarinex (desloratadine), Xyzal (levocetirizine), Atarax (hydroxyzine), Bromfed (Brompheniramine), Chlortrimeton (Chlorpheniramine) and Tavist-D.

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD