

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
NIÑOS O ADOLESCENTES
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
CHILD / ADOLESCENT 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: _____

Médico que lo deriva: _____ 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
CHILD / ADOLESCENT 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 form 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 -
NIÑOS O ADOLESCENTES
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
CHILD / ADOLESCENT 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		Urticaria		Sinusitis	
Bronquitis		Trastornos inmunitarios		Apnea del sueño	
Tos crónica		Inmunodeficiencia		Enfermedad de la tiroides	
Infecciones de oído crónicas		Fractura nasal		Amigdalitis	
Dermatitis de contacto		Pólipos nasales		Otro:	
Tabique nasal desviado		Alergias a mascotas			

Otros problemas médicos:

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

Fecha	Motivo	Fecha	Motivo

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes cirugías? Ninguna cirugía previa.

Extirpación de los adenoides Fecha: _____ Cirugía nasal Fecha: _____

Colocación de tubos en los oídos Fecha: _____ Amigdalectomía Fecha: _____

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
CHILD / ADOLESCENT 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		Hives		Sinusitis	
Bronchitis		Immune disorder		Sleep apnea	
Chronic cough		Immunodeficiency		Thyroid disease	
Chronic ear infections		Nasal fracture		Tonsillitis	
Contact dermatitis		Nasal polyps		Other:	
Deviated nasal septum		Pet allergies			

Other medical problems:

Recent hospitalizations or ER visits (provide dates and reason below)?

Date	Reason	Date	Reason

SURGICAL HISTORY

Has your child had any of the following surgeries? No prior surgeries.

Adenoidectomy Date: _____
 Nasal surgery Date: _____
 Ear tube placement Date: _____
 Tonsillectomy Date: _____

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
NIÑOS O ADOLESCENTES
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
CHILD / ADOLESCENT ALLERGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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
TABACO / ALCOHOL / CAFEÍNA / DROGAS**

(Para pacientes de 12 años y mayores)

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

¿Usan tabo en su casa? Sí No

¿Toma alcohol? Sí No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

¿Toman alcohol en su casa? Sí No

¿Usa drogas? Sí No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

¿Hay abuso de sustancias en su casa? Sí No

TABACO / ALCOHOL / CAFEÍNA / DROGAS

(Para menores de 12 años)

¿Usan tabo en su casa? Sí No

¿Toman alcohol en su casa? Sí No

Hay abuso de sustancias en su casa? Sí No

AMBIENTE EN LA CASA

El paciente vive con: Padre Madre Hermanos Abuelos Padrastros Padres de acogida
 Padres adoptivos

Padres

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Ocupación del padre: _____

Ocupación de la madre: _____

EJERCICIO

¿Hace usted ejercicio? Sí No Escriba el tipo de ejercicio y las veces/ horas por semana _____

ESCUELA

Escuela pública o privada Escuela en línea Escuela en casa Grado: _____ No corresponde

Nombre de la escuela: _____ Actividades extracurriculares y deportes: _____

OTROS

¿Tiene animales en casa? Sí No Si es así, escriba qué tipo: _____

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
CHILD / ADOLESCENT ALLERGY**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

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
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 / ALCOHOL / CAFFEINE / DRUGS**

(For patients 12 and older)

Tobacco/smoking status: Never _____
Current _____ Type _____ Amount _____ Duration _____
Former _____ Type _____ Amount _____ Duration _____Tobacco use in the household? Yes NoDo you use alcohol? Yes No Type _____ Amount _____ Frequency _____Alcohol use in the household? Yes NoDo you use recreational drugs? Yes No Type _____ Amount _____ Frequency _____Substance abuse use in the household? Yes No**TOBACCO / ALCOHOL / CAFFEINE / DRUGS**

(For patients under 12)

Tobacco use in the household? Yes NoAlcohol use in the household? Yes NoSubstance abuse use in the household? Yes No**HOME ENVIRONMENT**Patient lives with: Father Mother Siblings Grandparents Step-Parents Foster Parents Adoptive Parents

Name: _____ Age: _____

Name: _____ Age: _____

Father's occupation: _____

Mother's occupation: _____

EXERCISEDo you exercise? Yes No If yes, list type of exercise and number of times/week: _____**SCHOOL** Public/Private school Online school Home-schooled Grade: _____ Not applicable

Name of school: _____ Extracurricular activities/sports: _____

OTHERDo you have animals in the home? Yes No If yes, type: _____**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTES NUEVOS -
NIÑOS O ADOLESCENTES
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
CHILD / ADOLESCENT ALLERGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

VACUNAS

- Historial de vacunas desconocido Vacunas al día Sin vacunas por elección
 Le faltan algunas vacunas

Fecha de la última vacuna contra la influenza (gripe): _____

ANTECEDENTES PERTINENTES DE ALERGIAS, ASMA E INMUNITARIOS

Escriba las áreas geográficas en las que ha vivido: _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en Colorado?: _____

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
CHILD / ADOLESCENT ALLERGY**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

IMMUNIZATIONS

- Immunization History Unknown Immunizations up-to-date No immunizations by choice
 Missing some immunizations

Date of last influenza vaccine: _____

ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY PERTINENT HISTORY

List other geographic areas you have lived in: _____

How long have you lived in Colorado: _____

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