

ALERGIA AL CUESTIONARIO DE IMPACTO

NOMBRE: _____ **D.O.B** ____ / ____ / ____ **FECHA:** ____ / ____ / ____

PERSONAL DE LA OFICINA: ICD-9 CÓDIGOS PARA PACIENTE: _____ : _____ : _____ : _____ : _____

1. Cree usted que sufre de alergias? Sí ____ / ____ No.
2. Los síntomas son durante todo el año o por temporada? Por Año / Por Temporada.
3. Cuanto tiempo duran los síntomas? Menos de 7 días / Más de 7 días.
4. A qué hora del día los síntomas son peor? En la Mañana / En la Tarde / En la Noche / Todo el día.
5. Los síntomas son peor en la primavera, otoño o ambos? En Primavera / En Otoño / En Ambos.
6. Tiene algún problema de drenaje en las fosas nasales? Sí ____ / ____ No En caso afirmativo, cuándo? AM / PM / Todo el día.
7. Alguna vez ha tenido los ojos llorosos o siente comezón? Siempre / La mayoría del tiempo / A veces / Nunca.
8. Usted tose o estornuda frecuentemente? Sí ____ / No ____ En caso afirmativo. Cuándo? _____
9. Tiene Infecciones Respiratorias frecuentemente? ____ Sí / No ____ En caso afirmativo, <3 o > 3 (Mas que 3 o menos que 3) por año.
10. Crees que puede ser alérgico a los animales? Sí ____ / ____ No
11. Has sido diagnosticado con asma? Sí ____ / ____ No. En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
12. Tiene antecedentes familiares con asma? Sí ____ / ____ No
13. Ha estado hospitalizado por asma? Sí ____ / ____ No cuándo? _____
14. Cuánto tiempo hace que reside en este Estado? ____ Años / Meses ____
15. Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual? ____ Años / Meses ____
16. Usted tenía alergias en su anterior residencia o estado? Sí ____ / ____ No
17. Está usted tomando algún medicamento para las alergias? Sí ____ / ____ No
En caso afirmativo, haga una lista de todos los medicamentos, incluidos los de mostrador.
_____, _____, _____, _____
18. Actualmente está tomando medicamentos anticoagulantes? Sí ____ / ____ No
19. Actualmente está tomando medicamentos para el corazón? Sí ____ / ____ No
20. Esta o cree estar embarazada? Sí ____ / ____ No