

Encuesta De Historia De Alergia

Nombre: _____ Fecha: _____
Ocupacion: _____ Edad: _____

Quejas:

Porfavor Circule El Numero 1 – 5 Apropiado de acuerdo a la gravedad. 1 = Leve, 5= Muy Grave, 0 = No hay Problema

Secrecion Nasal	0 1 2 3 4 5	Frecuencia Sinusal	0 1 2 3 4 5
Obstruccion Nasal	0 1 2 3 4 5	Infeccion en el oido	0 1 2 3 4 5
Ojos llorosos o comezon	0 1 2 3 4 5	Resfriados Frecuentes	0 1 2 3 4 5
Estornudos	0 1 2 3 4 5	Dolor de Garganta	0 1 2 3 4 5
Sibilancias	0 1 2 3 4 5	Problemas de aprendizaje	0 1 2 3 4 5
Tos	0 1 2 3 4 5	Mala Memoria o Concentracion	0 1 2 3 4 5
Comezon	0 1 2 3 4 5	Hiperactividad	0 1 2 3 4 5
Eczema	0 1 2 3 4 5	Gas O Cloicos Abdominales	0 1 2 3 4 5
Urticatia	0 1 2 3 4 5	Artritis O Dolar Muscular	0 1 2 3 4 5
Dolor De Cabeza	0 1 2 3 4 5	Asma	0 1 2 3 4 5

Otros Sintomas:

Que Comidas (si alguno) le causan Problemas? _____

En que ano comienzo sus alergias? _____

Cuantos meses del ano tienen alergias? _____

Ha sido probado antes de la alergia? _____

He recibido inyecciones de desensibilizacion? _____

Que medicamentos ha intentado usar par alas alergias ? Cuanto Tiempo?

1. _____ Cuanto Tiempo ? _____

2. _____ Cuanto Tiempo ? _____

3. _____ Cuanto Tiempo ? _____

4. _____ Cuanto Tiempo ? _____

Hay algun medicamento que alivar los sintomas? _____

Haga una lista de animals que tiene en o alrededor de su casa _____

Quien mas en su familia tiene alergias? _____

Como se entero de nuestra oficina? (Sea especifico. Si un periodico, proporcione el nombre.)
