

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Medica Primario: _____ **Referido Por:** _____

Farmacia: _____ **Como te enteraste de nosotros?** _____

Motivo de la visita hoy: _____

Medicamentos Actuales(dosis y frecuencia):

Sensibilidades/alergias a medicamentos (explique las reacciones):

Sensibilidades/alergias comidas (explique las reacciones):

Sintomas – *marque todo lo que aplique*

Oídos, Nariz, y Garganta: secreción nasal, estornudos, congestión nasal, goteo nasal posterior, dolor de garganta, presión / dolor sinusal, garganta hinchazón, dolor de oído

Ojos: picor, aguado, seco, rojo, hinchado, drenaje, ojeras, dolor

Respiratorio: tos, dificultad para respirar, sibilancias, opresión en el pecho

Sintomas de la piel: urticaria, picazón, erupción cutánea, sequedad, eccema

Estomago: malestar estomacal, reflujo, náuseas, vómitos,diarrea, estreñimiento, dolor abdominal

Cabeza: migrañas, dolores de cabeza crónicos, vértigo, mareos

Historia de Alergias y Asthma- *marque todo lo que aplique*

Le han hecho pruebas de piel? De sangre? Inyecciones para las alergias?

Vacunas al día? **Si/No.** alguna reacción a una vacuna?

Lo han tratado por asthma? **Si/No** Hace cuantos años ____

Ultimo X-ray del pecho? ____ Resultados?

Usa inhalador o nebulizador? **Si/No** Le hicieron una prueba de los pulmones? **Si/No**

Cualquier reacción adversa? **Si/No** Explique la reaccion en detalle.

Historia Medica:Viajes de emergencias al hospital (*fecha y razon*):

Cuantas veces al año falta a la escuela o al trabajo?:

Historia de (*marque todo lo que aplique*):

Cancer	Senos, cerebro, pulmón, páncreas, ovario, próstata, estómago, hígado, piel, cervical, Esofágico, Otro:
Cardiac	Derrame cerebral, hipertensión, Palpitaciones, Marca-pasos
Ojos	Lentes, lentes de contacto, Glaucoma, Ceguna, Cataratas, Enfermedades de ojos
Oidos	Aparato del oído, Perdida de audicion, infección de oídos
Nariz	Pólipos Nasales, Sangrando de la nariz, Sinusitis crónico
Piel	Ronchas, Eczema, Acne, Perdida de cabello, Enfermedad de unas
Musculoesqueletico	Artritis, Osteoporosis, Dolor de espalda crónico
Endocrino	Diabetes, Enfermedad de tiroides, Enfermedad de Riñones, Enfermedad de Addison's, Esclerodermia, Lupus
Gastrointestinal	Reflujo, Esophagitis, Hernia, Ulcera, Polipos, vesícula biliar, enfermedad de Crohn, Intestino Irritable Síndrome
Urinario/Reproductivo	Enfermedad de los senos, Del prostata, Historia de partos
Respiratorio	Asma, COPD, Bronchitis Cronico, Tuberculosis, Neumonia, Enfisema, Apnea del sueño
Neurologico	Epilepsia, Convulsiones, , Migrañas, Perdida de Memoria, Derrame Cerebral
Psych/Social	Depresión, Intento de suicidio, Ansiedad, OCD, Insomnio, Bipolar

Histora Quirurgica (Fecha a tipo de sirugia):**Family History** (*marque todo lo que aplique*):

	Asthma	Alergias	Enfermedad de Inmunidad	Otros (cuales)
Padre				
Madre				
Hermano				
Hermana				
Abuelo Paterno				
Abuela Paterna				
Abuelo Materno				
Abuela Materna				

Historia Social:

Ocupacion: _____ Lugar de Empleo: _____

Aficiones: _____ Numero de Hijos: _____

Soltero, Casado, Divorciado, Separado, Viudo/Vuida? , Otro

Residencia Permanente: Un Hogar, 2 hogares o mas?**Uso de Tabaco:** Si/No Cuanto usa? ____ Desde Cuando? ____ **Esta****Expuesto al Tabaco:** Si/No**Uso de Alcohol:** Si/No **Dependencia de Drogas:** Si/No

Pets	Numero	Edad	Cuanto tiempo lo han tenido?	Guardado adonde?	Los bañan?	Acceso al dormitorio?	Sintomas
Gatos							
Perros							
Pajaros							
Conejos							
Hamsters							
Guinea Pig							
Reptiles							
Otros							

Historia Ambiental:**Tipo de Hogar:** Single Family, Townhouse, Casa movil, Apartamento?**Estructura:** Madera, Ladrillo. Age: ____ Length of Residency: ____**Aire Acondicionado/Calentador:** en la casa? En las ventanas? _____**Lugar de Radiador?** _____**Tiene deshumificador?:** Si/No**Abitacion del paciente:** Alfombra, Piso de madera, Baldoasa, Cortinas?**Cama:** Almoadas de plumas, De Espuma?, Colchon normal? O de agua?

El juego de cama es hipoalergenica?: Si/No

Plantas?: numero de plantes y donde las guarda? _____**Laundry:** Ubicacion del cuarto de lavadero _____**Comentarios:**