

New Patient Intake Form

Pediatric Lung and Allergy Center

Division of Fairfax Neonatal Associates, P.C.

Anne C. Miranowski, M.D.

2730-A Prosperity Avenue, Fairfax, VA 22031

Telephone (703) 289-1410 Fax (703) 289-1420

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha de hoy: _____

Síntoma Principal: _____

Día en que empezaron los síntomas: _____

SYMPTOMS:

- Ojos** Picazón Rojizos Lagrimeo/llozosos
- Oídos** Picazón Abultado Fluido Clicking
- Garganta** Picazón Garraspera
- Nariz** Congestión Mucosidad nasal Estornudos Picazón
 frotar la nariz Goteo post nasal
- Piel** Eczema Dermatitis atópica Ronchas: En el pasado Ahora
 Dermatitis de Contacto Poison Ivy
- Gastrointestinal** Dolor Retroesternal Eructos Nausea/vómitos Diarrea
- Tos** Al despertar en la mañana Durante todo el día Le despierta en la noche Al hacer ejercicio
 Seca Con esputo
 Todos los días 3 veces a la semana 1 vez a la semana 1 vez al mes
- Falta de aire** Le despierta en la noche Cuando está descansando Al ejercicio
 ¿A qué edad empezó? _____ Mejora con _____
- Silbido de pecho/** Le despierta en la noche
- Opresión de pecho** Todos los días 3 o más veces a la semana 1 vez por semana 1 vez al mes
 Mejora con _____
- Asma** ¿Ha sido diagnosticado? Esteroides orales para Asma Visitas de Emergencia por Asma
 Hospitalizado por asma Admitido a Unidad de Cuidados Intensivos por asma
- Otros** Respira por la boca Ronquidos Bronquitis frecuentes Dolores de cabeza

LOS SINTOMAS PRIMARIOS SON PEORES CON:

- | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primavera | <input type="checkbox"/> Verano | <input type="checkbox"/> Otoño | <input type="checkbox"/> Invierno | <input type="checkbox"/> Todo el año |
| <input type="checkbox"/> Escuela/Días de trabajo | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Vacaciones | | |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Clima | <input type="checkbox"/> Dentro de casa | <input type="checkbox"/> Afuera de casa | | |
| <input type="checkbox"/> Humedad | <input type="checkbox"/> Calefacción | <input type="checkbox"/> Aire frío | <input type="checkbox"/> Días con viento | |
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Perfumes | <input type="checkbox"/> Irritantes | <input type="checkbox"/> Flores | |
| <input type="checkbox"/> Gatos | <input type="checkbox"/> Perros | <input type="checkbox"/> Caballos | <input type="checkbox"/> Otras mascotas | |
| <input type="checkbox"/> Áreas mohosas | <input type="checkbox"/> Polvo | <input type="checkbox"/> Animales de peluche | <input type="checkbox"/> Emoción/estrés | |

LOS SINTOMAS PRIMARIOS MEJORAN CON:

- Aire acondicionado Viajes lejos de casa
- Medicinas como _____
- Otros _____

INFANCIA:

- Embarazo/Parto normal Embarazo anormal _____ Parto anormal _____
- Leche materna por ____ meses Fórmula con la que se alimentó _____ Cólicos

New Patient Intake Form

HISTORIA FAMILIAR:

	Madre	Padre	Hermanos	Hermanas
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALERGIAS A ALIMENTOS:

- El paciente no tiene ninguna alergia o intolerancia a los alimentos.
- El paciente tiene alergia o reacciones adversas a:
- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leche | <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Trigo | <input type="checkbox"/> Soya |
| <input type="checkbox"/> Maní | <input type="checkbox"/> Frutas secas | <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Mariscos |
- El paciente ha tenido una reacción seria a: _____ El paciente tiene un Epi-Pen.

ALERGIA A DROGAS: Por favor chequear si el paciente ha tenido alguna alergia o reacción adversa a estas medicinas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Penicilina, Amoxicilina, Ampicilina | <input type="checkbox"/> Cefalosporinas (Ceclor, Ceftin, Cefzil, Keflex, Omnicef, etc) |
| <input type="checkbox"/> Erythromicina (i.e. E-mycin, Biaxin, Zithromax) | <input type="checkbox"/> Antibióticos a base de Sulfas (Bactrim, Septra) |
| <input type="checkbox"/> Tetraciclina (i.e. Doxycycline, Minocycline) | <input type="checkbox"/> Quinolonas (i.e. Cipro, Levaquin, Avelox) |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Antiinflamatorios No Esteroides (i.e. Motrin, Advil, Ibuprofen, Aleve) |
| <input type="checkbox"/> Descongestionantes (i.e. Sudafed) | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

INFECCIONES RECURRENTE Y CRONICAS:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sinusitis frecuentes ¿Cuántas al año? _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de los Senos paranasales ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Otitis frecuentes. ¿Cuántas al año? _____ | <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos ¿Cuándo se los pusieron? _____ |
| <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> La radiografía revelaba Neumonía | <input type="checkbox"/> Infecciones de los huesos o articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Abscesos de piel o infecciones de piel frecuentes o abscesos de órganos internos | |

HISTORIA SOCIAL Y AMBIENTAL:

Residencia Principal:

- Casa familiar simple Townhouse Apartamento/Condominio Trailer
- Número de años viviendo en la dirección actual _____
- Edad de la casa _____
- En un lugar boscoso En un lugar soleado
- Los anteriores dueños tenían: Perro Gato
- Chimenea Estufa de Madera Alguien fuma en casa
- Jabón de baño _____ Shampoo _____ Detergente de lavandería _____ Se usan hojas secadoras.

- Calefacción:** Aire con gas central Aire con electricidad central Gas y electricidad central Con aceite
- Calefacción de zócalo Calefacción de radiador
- Filtro de aire electrostático Filtro de aire central electrónico
- El filtro se cambia regularmente El filtro se lava regularmente

Piso de casa: Alfombra de pared a pared Piso de madera, losetas, linóleos, etc)

Mascotas: Gatos _____ Perros _____ Pájaros Hamsters/Gerbos

Plagas: Ratones Cucarachas

Dormitorio del Paciente:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alfombra de pared a pared | <input type="checkbox"/> Cortinas | <input type="checkbox"/> Persianas |
| <input type="checkbox"/> Humidificador | <input type="checkbox"/> Ventilador de techo | <input type="checkbox"/> Filtro HEPA |
| <input type="checkbox"/> Animales de peluche | <input type="checkbox"/> Animales de peluche en la cama | |
| <input type="checkbox"/> Animales de peluche se lavan regularmente | <input type="checkbox"/> El perro entra al dormitorio | |
| <input type="checkbox"/> El perro duerme en la cama | <input type="checkbox"/> El gato entra al dormitorio | |
| <input type="checkbox"/> El gato duerme en la cama | <input type="checkbox"/> Colchón regular | <input type="checkbox"/> Colchón de plumas |
| <input type="checkbox"/> Almohada de plumas <input type="checkbox"/> Litera | | |
| Cubiertas antialérgicas en: <input type="checkbox"/> Colchón | <input type="checkbox"/> Almohadas | <input type="checkbox"/> Base de colchón |

New Patient Intake Form

EVALUACIONES O TRATAMIENTOS PREVIOS PARA ALERGIAS:

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Le han hecho alguna prueba cutánea para alergias? | ¿En qué año? _____ | ¿Dónde? _____ |
| <input type="checkbox"/> ¿Le han hecho pruebas de sangre para alergias? | ¿En qué año? _____ | |
| <input type="checkbox"/> ¿Le han puesto inyecciones de alergias? | ¿Cuándo? _____ | ¿Durante cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> ¿Las inyecciones le ayudaron? | <input type="checkbox"/> Las inyecciones no ayudaron | |
- Al paciente le gustaría recibir inyecciones de alergia Nuevamente Por primera vez

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES Y DEL PASADO:

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> El paciente no tiene otro problema medico activo o pasado. | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

MEDICINAS QUE USA ACTUALMENT Y QUE USO:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

***** Por favor traiga todas sus medicinas a su cita. *****