

Nombre del paciente: _____ F. de N. del paciente: ____/____/____ Fecha: ____/____/____

Actualización de bienestar

¿Ha experimentado alguno de estos síntomas?		
	Sí	No
Goteo nasal		
Picazón nasal		
Congestión nasal		
Picazón en los ojos		
Ojos llorosos		
Estornudos frecuentes		
Picazón en la boca, los labios o la garganta		
Goteo retronal (secreción por la parte trasera de la garganta, despejar la garganta)		

¿Con qué frecuencia experimenta estos síntomas?
<input type="checkbox"/> De vez en cuando (2 o 3 veces por año)
<input type="checkbox"/> Más de 3 veces por año
<input type="checkbox"/> Algunos períodos largos por año (primavera, verano, otoño, invierno)
<input type="checkbox"/> La mayor parte del año

¿Toma medicamentos recetados o de venta libre para manejar los síntomas de su alergia? Sí No

Si respondió sí, nombre del medicamento y última fecha en que lo tomó: _____

Indique a continuación los síntomas o afecciones sufridas durante el último año o los últimos 2 años	
<input type="checkbox"/> Problemas sinusales (presión o dolor en los senos paranasales, dolores de cabeza, sinusitis)	<input type="checkbox"/> Sueño sin buen descanso, problemas para dormir toda la noche, ronquidos
<input type="checkbox"/> Resfríos estacionales recurrentes	<input type="checkbox"/> Tos constante o recurrente
<input type="checkbox"/> Resfríos crónicos (que duran más de 2 meses)	<input type="checkbox"/> Sensación de fatiga, irritabilidad y agitación
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza tipo migrañas	<input type="checkbox"/> Asma
	<input type="checkbox"/> Afecciones cutáneas (piel seca o picazón en la piel, etc.)

Firma del paciente o del tutor: _____

Fecha: ____/____/____

Teléfono del paciente: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO/FOR OFFICE USE ONLY: Se ordena prueba de alergia / Order Allergy Test: <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No Fecha del último examen otorrinolaringológico / Date of last ENT exam: ____/____/____ Firma del profesional / Provider Signature: _____ Fecha / Date: ____/____/____
