

Allergy, Asthma, and Immunology/

Alergia, Asma e Inmunología

Children's Hospital of The King's Daughters, Inc

Pharmacy & location/:

Farmacia & ubicación

Allergy/Asthma Questionnaire/

Cuestionario sobre la Alergias y el Asma

Please take a few moments to tell us about your child's medical history prior to their initial visit with our clinic. Please bring this form to your child's first appointment.

Por favor tómese unos minutos para darnos información sobre el historial médico de su hijo(a) antes de la primera visita a nuestra clínica. Por favor traiga este formulario a la primera cita de su hijo(a).

Who is the primary caregiver?/ ¿Quién es el cuidador primario? Mom/ Mamá Dad/ Papá
 Grandparent/ Abuelo(a) Foster Parent/ Padre adoptivo Other/ Otro: _____

Please describe the reason for your visit?/ Por favor describa la razón de su visita _____

Are the patient's shots up to date? / ¿El/la paciente tiene las vacunas al día? Yes/Sí No

Is the patient's flu immunization up to date? / ¿El/la paciente tiene la vacuna contra la gripe al día?

Yes/Sí No

Within the last 30 days has your child been exposed to/ En los últimos 30 días su hijo(a) ha estado expuesto(a) a :

Measles/Sarampión Mumps/Paperas Chicken pox/Varicela

Tuberculosis/ Tuberculosis None/ Ninguno

Known allergies and their reactions/Alergias conocidas y sus reacciones:

Please list current medications/ Por favor haga una lista de las medicinas actuales:

Has the patient ever had any serious injuries or illnesses?/ ¿Alguna vez el/la paciente ha tenido una lesión o enfermedad graves? Yes/ Sí No

If yes, please explain/ Si respondió que sí, por favor explique: _____

Please check any current symptoms/ Por favor marque todos los síntomas actuales: None/
Ninguno

- Recurrent Fever/**
Fiebre Recurrente
- Weight Changes/**
Cambios de Peso
- Changes to Appetite/**
Cambios en el Apetito
- Changes to activity level/**
Cambios en los niveles de actividad física
- Ear infections/**
Infección de oídos
- Sore throat/**
Dolor de garganta
- Post nasal drip/**
Goteo post-nasal
- Itchy eyes/**
Picazón (picor) en los ojos
- Eye swelling/**
Inflamación en los ojos
- Stuffy nose/**
Nariz tapada (tupida)
- Runny nose/**
Secreción nasal
- Sneezing/**
Estornudos
- Itchy nose/**
Picazón(picor) en la nariz
- Headaches/**
Dolores de cabeza
- Heart murmurs/**
Soplos del corazón
- Irregular heartbeat/**
Latido cardíaco irregular
- Shortness of breath with exercise/**
Falta de aire al hacer ejercicios
- Cough/**
Tos
- Wheeze/**
Sibilancias
- Shortness of breath at rest/**
Falta de aire al descansar
- Chest tightness/**
Presión en el pecho
- Vomiting/**
Vómitos
- Diarrhea/**
Diarrea
- Stomach pain/**
Dolor de estómago
- Trouble swallowing/**
Dificultad para tragar
- Constipation/**
Estreñimiento
- Heartburn/**
Acidez estomacal
- Blood in urine/**
Sangre en la orina
- Painful urination/**
Dolor al orinar
- Urinary tract infection/**
Infección del tracto urinario
- Seizures/**
Convulsiones
- Behavioral Diagnosis:/**
Diagnóstico del Comportamiento:

- Broken bones/**
Huesos rotos
- Swollen joints/**
Articulaciones inflamadas
- Weak muscles/**
Músculos débiles
- Chicken pox/**
Varicela
- Current infection/on Antibiotics:/**
Infección actual/tomando Antibióticos: _____
- Anemia/**
Anemia
- Family related blood disorder:/**
Trastorno sanguíneo relacionado con la familia:

Known medical conditions/ Condiciones médicas conocidas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Asma | <input type="checkbox"/> Eczema/ Eczema | <input type="checkbox"/> Food Allergy:/ Alergia a alimentos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergies/ Alergias | <input type="checkbox"/> Hives/ Urticaria | <input type="checkbox"/> Drug Allergy:/ Alergia a Medicamentos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia/ Neumonía | <input type="checkbox"/> Bee Sting Allergy/ Alergia a la picadura de abeja | <input type="checkbox"/> Recurrent Infection:/ Infección Recurrente: _____ |

Please check those items which trigger your child's allergy or asthma symptoms:/

Por favor marque todo aquello que desencadene la alergia o los síntomas del asma de su hijo(a):

| | Yes/ Sí | No | | Yes/ Sí | No |
|---|---------|----|---|---------|----|
| Dust/ Polvo | | | Pollens/ Polens | | |
| Cold Air/ Aire Frío | | | Cigarette Smoke/ Humo de Cigarrillo | | |
| Exercise/ Ejercicios | | | Strong odors/ Olores Fuertes | | |
| Viral Infection/ Infección Viral | | | Cats/ Gatos | | |
| Ear or Sinus Infections/ Infección de Oídos o Sinusitis | | | Dogs/ Perros | | |
| Weather Changes/ Cambios Climáticos | | | Other/ Otro | | |

Home Environment/ Entorno en el Hogar:

- | | | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------|---|--|--|---|
| Cockroaches/ Cucarachas | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No | A/C/ Aire Acondicionado | <input type="checkbox"/> Central/ Central | <input type="checkbox"/> Room/ Habitación | <input type="checkbox"/> None/ Ninguno |
| Mold/ Moho | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No | Stuffed Animals on the bed/ Animales de Peluche en la cama | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| HEPA Filter/ Filtro HEPA | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No | Allergy Covers on the bed Cubiertas a prueba de alergia en la cama | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| Wood Burning Stove/ Estufa de Leña | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No | | | | |

Please identify family medical history/ Por favor identifique el historial médico de la familia.

| Illness/ Enfermedad | Mother/ Madre | Father/ Padre | Sister/ Hermana | Brother/ Hermano |
|---|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Asthma/ Asma | | | | |
| Eczema/ Eczema | | | | |
| Food allergy/ Alergia a alimentos | | | | |
| Allergies (pollen, animals, etc.)/ Alergias (polen, animales, etc.) | | | | |
| Sinus Disease/ Enfermedad de los Senos Nasales | | | | |

Social History/Historial Social:

Sports, hobbies, activities/ Deportes/ pasatiempos/ actividades: _____

Who lives in the home?/ ¿Quién vive en la casa? _____

Tobacco Use > 13 yrs old/ Consumo de Tabaco > 13 años de edad:

- Never smoker/ Nunca ha fumado**
- Former smoker/ Ex-fumador(a)**
- Current every day smoker/ Fuma todos los días actualmente**
- Smoker- current status unknown/ Fumador(a)- estado actual desconocido**
- Current some day smoker/ Fuma de vez en cuando**
- Unknown, if ever/Se desconoce si alguna vez ha fumado**

Tobacco Type/ Tipo de Tabaco:

- Cigarette/ Cigarrillo** **Pipe/ Pipa** **Daily usage/ Uso diario:** _____
- Cigar/ Cigarro puro (tabaco)** **Other/ Otro**
- E-cigarette/ vapor/ Cigarrillo electrónico/ Vaporizador**
- Oral/ Oral**

Exposure to smoke/ Exposición al humo: **None/ Ninguna** **Exposed inside the home/ Exposición dentro de la casa** **Patient smokes/ El/la paciente fuma** **Caregiver smokes outside the home/ El cuidador fuma afuera de la casa**

Is the patient around pets or animals?/ ¿El/la paciente está alrededor de mascotas o animales?

Yes/ Sí **No** **What kind of animals?/ ¿Qué tipo de animales?** _____

Where does the child live?/ ¿Dónde vive el niño(a)? **Single family home/ Vivienda unifamiliar**

Apartment/ Apartamento **Trailer** **Other/Otra:** _____

School Information/ Información de la escuela:

Name of school/ Nombre de la escuela: _____

Current grade/ Año escolar actual: _____

How many days of school has the patient missed this school year due to asthma?/ ¿Cuántos días el/la paciente se ha ausentado de la escuela este año debido al asma? _____

Birth History During Pregnancy/ Historial del Nacimiento Durante el Embarazo:

Any illness?/ ¿Alguna enfermedad? **Yes/ Sí** **No**

If yes, please explain?/ Si la respuesta es sí, por favor explique _____

Was the pregnancy full term?/ ¿El embarazo fue de término completo? **Yes/ Sí** **No**

If no, number of weeks or months/ Si la respuesta es no, diga la cantidad de semanas o meses _____

Any complications during the pregnancy or delivery?/ ¿Alguna complicación durante el embarazo o en el parto? **Yes/ Sí** **No**

If yes, please explain/ Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Nutrition/ Nutrición:

Was the patient breast fed?/ ¿El/la paciente se alimentó con leche materna?: **Yes/ Sí** **No**

If no, what formula?/ Si la respuesta es no, ¿qué fórmula? _____