



HISTORY QUESTIONNAIRE

Patient Name: _____

Date of Birth: ____/____/____

Briefly describe your symptom: (Describa brevemente sus síntomas):

NASAL AND EYE SYMPTOMS: (Nasal y síntomas en los ojos):

Description of symptoms: (Descripción de los síntomas):

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasal blockage | <input type="checkbox"/> Sneezing | <input type="checkbox"/> Post nasal drip | <input type="checkbox"/> Itchy nose |
| <input type="checkbox"/> Itchy eyes | <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Ear problems | |
| <input type="checkbox"/> Other | | | |

(describe): _____

Date symptoms first noted: (Síntomas de fecha observados por primera vez): _____

Medications for nasal/eye issue: (Medicaciones tomadas): _____

SKIN PROBLEMS: (Problemas de la piel):

Description of symptoms: (Descripción de los síntomas):

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Hives | <input type="checkbox"/> Rash |
| <input type="checkbox"/> Other | | |

(describe): _____

Date symptoms first noted: (Síntomas de fecha observados por primera vez): _____

Known or suspected causes of the rash: (Conocidos o posibles causas de la erupción cutánea):

Medications for skin issue: (Medicaciones tomadas): _____



ASTHMA, WHEEZING, BRONCHITIS, OR CHRONIC COUGH: (Asma, sibilancias, bronquitis o tos crónica):

Description of symptoms: (Descripción de los síntomas):

- Shortness of breath Wheezing Chest tightness Throat tightness
 Nighttime coughing Cough Exercise symptoms
 Other

(describe): _____

Date symptoms first noted: (Síntomas de fecha observados por primera vez): _____

Medications taken for asthma/bronchitis/cough issues: (Medicamentos para el asma, bronquitis, tos):

FOOD ALLERGY?: (¿Ha tenido algún tipo de alergia alimentaria?):

- yes

List all **FOODS** and **REACTIONS** you have had to them: (Anota de todas las reacciones que han tenido con alimentos):

REACTIONS TO BEE/INSECT STINGS? (¿Ha tenido cualquier reacciones a las picaduras de abeja/insectos?)

- Local reaction at sting site Breathing problems Rash Never been stung



OTHER MEDICAL HISTORY: (Historia médica pasada):

MEDICATIONS taken in the past week (include aspirin and vitamins): (Lista de los medicamentos que se toman en el transcurso de la semana pasada)

FAMILY HISTORY: (Historia familiar):

	<u>AGE, yrs.</u>	<u>ASTHMA</u>	<u>HAYFEVER</u>	<u>SKIN ALLERGY</u>	<u>OTHER</u>
Father	_____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	_____
Mother	_____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	_____
Brothers	_____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	_____
Sisters	_____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	_____
Children	_____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	_____
Children	_____	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	_____

ENVIRONMENTAL HISTORY:

List **ALL SMOKERS** who live in the house: (Haga una lista de todos los fumadores que viven en la casa):

List **ALL ANIMALS** in or around the house: (Enumerar todos los animales dentro y alrededor de la casa):

- Pillow:** Synthetic Feather
- Bedding:** Feather bed Feather comforter
- Floor covering:** Area rug Wall to wall carpet Wood floor Carpet over cement

Please note any other history that you feel the doctor should know about you. If appropriate, note any stress or emotional problems that might affect your symptoms: (Tenga en cuenta cualquier otra historia que sientes que el médico debe conocer usted. Caso, tenga en cuenta cualquier estrés o problemas emocionales que pueden afectan sus síntomas):



Satya Narisety MD
www.njallergymd.com

