

The Adult and Child Allergy - Asthma Medical Clinic. Inc.
330 S. Garfield Ave., Suite #116, Alhambra, CA, 91801
1850 S. Azusa Ave., Suite #206, Hacienda Heights, CA, 91745

Phone: 626.284.3400 Fax: 626.284.3434
Phone: 626.810.5450 Fax: 626.810.0391

Name: _____
Nombre: _____

Age: _____ Date of Birth: _____
Edad: _____ F. de Nacimiento: _____

Major Problem for Visit (Circle YES or NO)

Problema serio que causó su visita (Encierre en un círculo SÍ o NO)

- Nose Problems YES / NO
Problemas nasales SÍ / NO
Chest Problems YES / NO
Problemas en el pecho SÍ / NO
Skin Problems YES / NO
Problemas en la piel SÍ / NO
Ear Problems YES / NO
Problemas en los oídos SÍ / NO
Eye Problems YES / NO
Problemas en los ojos SÍ / NO
Other Problems:
Otros problemas:

Allergies to Drugs?

¿Es alérgico(a) a algún medicamento?

Name of Drug(s): _____ Reaction(s): _____

¿A qué medicamentos?: _____ Reacciones: _____

Symptoms (Circle YES or NO)

Síntomas (Encierre en un círculo SÍ o NO)

Chest

Pecho

- Chronic cough YES / NO
Tos crónica SÍ / NO
Cough with mucus YES / NO
Tos con flemas SÍ / NO
Wheezing YES / NO
Sibilancia (sonido al respirar) SÍ / NO
Shortness of breath YES / NO
Dificultad para respirar SÍ / NO
Chest tightness YES / NO
Opresión en el pecho SÍ / NO
Frequent infections YES / NO
Infecciones frecuentes SÍ / NO
Previous use of inhalers YES / NO
Uso previo de inhaladores SÍ / NO

Frequency of symptoms (Please circle)

Frecuencia de los síntomas (encierre en un círculo):

Daily, Weekly, Monthly, Seasonal

A diario, semanalmente, mensualmente, con las temporadas

How many days of school/work did you or your child miss in the last six months because of asthma? _____

¿Cuántos días de escuela/trabajo perdió usted o su hijo(a) en los últimos seis meses debido al asma? _____

Have you had any ER or Urgent Care visits? YES / NO

¿Ha tenido que ir a una Sala de Emergencias para recibir atención? SÍ / NO

Have you been hospitalized for asthma? YES / NO

¿Ha sido hospitalizado por problemas de asma? SÍ / NO

When did these problems start? _____

The Adult and Child Allergy - Asthma Medical Clinic. Inc.
330 S. Garfield Ave., Suite #116, Alhambra, CA, 91801
1850 S. Azusa Ave., Suite #206, Hacienda Heights, CA, 91745

Phone: 626.284.3400 Fax: 626.284.3434
Phone: 626.810.5450 Fax: 626.810.0391

¿Cuándo comenzaron estos problemas? _____

Upper Respiratory Symptoms

Síntomas del sistema respiratorio superior

- | | |
|--|--|
| Frequent nose congestion | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Congestión nasal frecuente | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Frequent discharge from nose | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Secreción nasal frecuente | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Post-nasal drip, mucus in throat | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Goteo posnasal, mucosidad en la garganta | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Frequent ear problems/infections | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Problemas o infecciones de oído frecuentes | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Popping or plugging of ears | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Oídos que se tapan o destapan | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Itchy ears | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Comezón en los oídos | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Mouth breathing | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Tener que respirar por la boca | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Frequent sneezing/Itchy nose | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Estornudos / comezón nasal frecuentes | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Headaches / Sinus problems | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Problemas de senos nasales / dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Itchy throat / Throat clearing | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Comezón en la garganta / aclarar la garganta | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Frequent sore throat | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor de garganta frecuente | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Diminished sense of smell | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Sentido del olfato disminuido | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Noisy breathing/snoring during sleep | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| Hace ruido al respirar / ronca al dormir | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |
| Do symptoms affect sleep? | <input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Afectan estos síntomas el sueño? | <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO |

Frequency of symptoms (Please circle)

Frecuencia de los síntomas (encierre en un círculo):

Daily, Weekly, Monthly, Seasonal

A diario, semanalmente, mensualmente, con las temporadas

At what age did the nasal problem start? _____

¿A qué edad comenzó el problema nasal? _____

Eyes
Ojos

- Redness/itching YES / NO
Enrojecimiento/comezón SÍ / NO
Eye swelling YES / NO
Inflamación en los ojos SÍ / NO
Discharge YES / NO
Secreción SÍ / NO
Frequency of symptoms (Please circle)
Frecuencia de los síntomas (encierre en un círculo):
Daily, Weekly, Monthly, Seasonal
A diario, semanalmente, mensualmente, con las temporadas
When did these symptoms starts? _____
¿Cuándo comenzaron estos síntomas? _____

Skin
Piel

- Eczema (allergic skin rash) YES / NO
Eccema (erupción alérgica en la piel) SÍ / NO
a. Only as infant/child YES / NO
b. Solamente cuando era bebé/niño(a) SÍ / NO
c. Now? YES / NO
d. ¿Ahora? SÍ / NO
Hives, welts YES / NO
Urticaria, ronchas SÍ / NO
Swelling of face, lips, tongue YES / NO
Hinchazón de la cara, labios, lengua SÍ / NO
Dry skin YES / NO
Piel reseca SÍ / NO
Chemical sensitivities YES / NO
Sensibilidad hacia químicos SÍ / NO
Frequency of symptoms (Please circle)
Frecuencia de los síntomas (encierre en un círculo):
Daily, Weekly, Monthly, Seasonal
A diario, semanalmente, mensualmente, con las temporadas
When did these problems start? _____
¿Cuándo comenzaron estos problemas? _____

Dietary Symptoms / Food related
Síntomas dietéticos / relacionados con la comida

- Frequent episodes of nausea, vomiting, abdominal cramps, bloating, diarrhea. YES / NO
Episodios frecuentes de náusea, vómito, cólicos abdominales, distensión, diarrea. SÍ / NO
a. Associated with specific foods?
b. ¿Están asociados a algún alimento específico?
Please list: _____
Escríbalos: _____
Rash, hives, swelling YES / NO
Erupción, urticaria, hinchazón SÍ / NO
a. Associated with specific foods?
b. ¿Están asociados a algún alimento específico?
Please list: _____

Escríbalos: _____
Headaches, dizziness _____ YES / NO
Dolores de cabeza, mareos _____ SÍ / NO

- a. Associated with specific foods?
b. ¿Están asociados a algún alimento específico?

Please list: _____

Escríbalos: _____

Any other food related problems? Please list _____

¿Tiene algún otro problema relacionado con alimentos? Escríbalos: _____

Stinging Insect Allergy

Alergias por picaduras de insectos

Reactions to bee, hornet, wasp or yellow jacket sting

Reacciones a picaduras de abejas, avispones, avispas

Describe reaction: _____

Describe la reacción: _____

Relationship of Symptoms to Possible Cause

Relaciones entre los síntomas con las posibles causas

Frequency of symptoms (Please circle)

Frecuencia de los síntomas durante (encierra en un círculo):

All Year, Winter, Spring, Summer, Fall

Todo el año, invierno, primavera, verano, otoño

Are symptoms worse during (Please circle)

Los síntomas se agravan durante (encierra en un círculo):

Day, Night, Same all the time

El día, la noche, son iguales durante todo el día

Symptoms made worse by

Los síntomas se agravan por:

Wind / Santa Ana Winds YES / NO

El viento, los vientos de Santa Ana SÍ / NO

Rain YES / NO

La lluvia SÍ / NO

Mowing grass / Playing in grass YES / NO

Podar el césped / jugar en el pasto SÍ / NO

Colds / Flu / Respiratory infection YES / NO

Resfriado / gripe / infección respiratoria SÍ / NO

Exposure to animals YES / NO

Exposición a los animales SÍ / NO

Weather change YES / NO

Cambios en el clima SÍ / NO

Smog / Air pollution YES / NO

El smog / contaminación del aire SÍ / NO

Strong odors YES / NO

Olores Fuertes SÍ / NO

Exercise / Running YES / NO

Hacer ejercicio / correr SÍ / NO

Emotional upset / Tension YES / NO

Trastornos emocionales / tensión SÍ / NO

Laughing / Singing / Talking loudly YES / NO

Reír/cantar/hablar con fuerza SÍ / NO

Family History

Historial familiar

Asthma	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Bronchitis	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Bronquitis	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Emphysema / COPD	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Nasal allergy / Hayfever / Sinusitis	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Alergia nasal / fiebre del heno / sinusitis	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Hives / Lip and face swelling	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Urticaria / inflamación de los labios o la cara	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Skin allergy / Eczema	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Alergia en la piel / eccema	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Cystic fibrosis	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO

Pets

Mascotas

Dogs	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Perros	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Cats	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Gatos	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Rabbits / Guinea pigs / Hamsters	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Conejos/cobayas/hamsters	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Horses	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Caballos	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Birds	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
Aves	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Other _____	
Otras _____	

Smoking History

Historial de uso de tabaco

Have you ever smoked?	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
¿Ha fumado alguna vez en su vida?	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
Length of time smoked _____	
¿Durante cuánto tiempo fumó? _____	
How many packs smoked per day? _____	
¿Cuántas cajetillas fumaba al día? _____	
Does anyone smoke at home now?	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO
¿En su hogar todavía hay alguien que fume?	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO

Treatment

Tratamiento

Previous allergy skin test or allergy blood test	<input type="checkbox"/> YES / <input type="checkbox"/> NO	
¿Se ha hecho una prueba cutánea o de sangre para detectar alergias?	<input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO	
When _____		
¿Cuándo? _____		
By whom _____		
¿Quién la hizo? _____		

Have you ever received allergy shots in the past? YES / NO

¿Ha recibido alguna vez inyecciones contra las alergias? SÍ / NO

For how long? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

Were they effective? YES / NO

¿Fueron eficaces? SÍ / NO

List all current medications including over the counter,
prescription, vitamins, birth control, etc.

Escriba todos los medicamentos (con receta, sin receta, vitaminas,
control natal, etc.) que esté tomando actualmente:

Occupational Survey

Encuesta ocupacional

Type of occupation _____

Tipo de trabajo: _____

Exposure to dust / smoke / fumes / chemicals YES / NO

Exposición al polvo/humo/gases/químicos SÍ / NO

Do you work outside? YES / NO

¿Trabaja en el exterior? SÍ / NO

Do you work shifts? YES / NO

¿Trabaja por turnos? SÍ / NO

Do allergies bother you at work? YES / NO

¿Le molestan las alergias al estar en el trabajo? SÍ / NO

Are symptoms worse at work than at home? YES / NO

¿Se hacen sus síntomas más graves en el trabajo que en su hogar? SÍ / NO

Are symptoms worse at school than at home? YES / NO

¿Se hacen sus síntomas más graves en la escuela que en su hogar? SÍ / NO

If you go on vacation, do your symptoms improve? YES / NO

¿Mejoran sus síntomas si se va de vacaciones? SÍ / NO

Environmental Survey

Encuesta respecto al ambiente

Home (House, Town house, Apartment)

Hogar (casa, town house, apartamento)

How long have you lived here? _____

¿Cuánto tiempo ha vivido ahí? _____

Are symptoms worse here than at previous

home?

YES / NO

¿Se hacen sus síntomas más graves aquí que en su hogar anterior?

SÍ / NO

Do you live close to freeway, busy street, or railroad tracks?

YES / NO

¿Vive cerca de alguna autopista, calle muy transitada o de las vías del ferrocarril?

SÍ / NO

Central air conditioning

YES / NO

Aire acondicionado central

SÍ / NO

Wall unit air conditioning

YES / NO

Aire acondicionado empotrado en la pared

SÍ / NO

Swamp cooler

YES / NO

Enfriador de aire por evaporación

SÍ / NO

Flooring (Please circle)

Tipo de piso (encierra con un círculo):

Carpet, area rugs, hardwood

Alfombra, tapetes, piso de madera

Humidifier

YES / NO

Humidificador

SÍ / NO

Air cleaner

YES / NO

Purificador de aire

SÍ / NO

Ongoing construction / Painting

YES / NO

Se está construyendo/pintando

SÍ / NO

Water damage / Roof leaks

YES / NO

Existe daño por agua / hay goteras en el techo SÍ / NO

Bedroom

Recámara

Window treatments (Please circle)

Accesorios y coberturas de las ventanas (encierra con un círculo):

Drapes, blinds, shutters

Cortinas, persianas, contraventanas

Windows open when sleeping?

YES / NO

¿Mantiene las ventanas abiertas cuando duerme? SÍ / NO

Pets in bedroom?

YES / NO

¿Permite que haya mascotas en su recámara? SÍ / NO

Flooring (Please circle)

Tipo de piso (encierra con un círculo):

Carpet, area rugs, hardwood

Alfombra, tapetes, piso de madera

Type of bed (Please circle)

Tipo de cama (encierra en un círculo):

Box spring, bunk, platform, futon, canopy

Box spring, litera, plataforma, colchón, con baldoquino

Type of bedding (Please circle)

Tipo de ropa de cama (encierra en un círculo):

Down pillow, down comforter, synthetic comforter,
Silk comforter

Almohada de plumón, edredón de plumón, edredón sintético,
edredón de seda

Travel History

Historial de viajes

Do your symptoms change when you travel? YES / NO

¿Cambian sus síntomas cuando viaja? SÍ / NO

Do your symptoms improve if you leave your
home? YES / NO

¿Mejoran sus síntomas cuando deja su
hogar? SÍ / NO

Does air travel worsen symptoms? YES / NO

¿Empeoran sus síntomas cuando viaja por avión? SÍ / NO