

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/hija ha tenido tos, respiración ruidosa, opresión del pecho, o falta de aliento todo el año? NO SI

Si usted respondió Si:

- ¿Hay mascotas o animales en la casa, escuela, o guardería? NO SI
- ¿Hay humedad en cualquiera de los cuartos en su casa? NO SI
- ¿Ha visto moho o ha oído olores de humedad en cualquiera de los cuartos en su casa? NO SI
- ¿Ha visto cucarachas en su casa? NO SI
- ¿Utiliza humidificador en su casa? NO SI

¿La tos, respiración ruidosa, opresión del pecho, o falta de aliento de su hijo/hija se empeora en ciertas temporadas del año? NO SI

Las síntomas se empeoran durante  el invierno  la primavera  el verano  el otoño

¿Su hijo/hija tiene goteo nasal o congestión nasal durante ciertas temporadas del año o durante todo el año? NO SI

¿Su hijo/hija estornuda con frecuencia o tiene ojos llorosos? NO SI

¿Usted fuma? NO SI

¿Alguien fuma en su casa o en la guardería? NO SI

¿Usted utiliza estufa de leña o tiene chimenea en la casa? NO SI

¿Utiliza calentadores o estufas de querosenos, petróleo, o gas sin ventilación en su casa? NO SI

¿Su hijo esta expuesto a humos u olores que vienen de productos de limpieza, aerosoles, u otros productos químicos en la casa o en la escuela? NO SI

¿Su hijo/hija tose o respira ruidosamente solamente durante la semana pero no los fines de semana cuando no esta en la escuela o guardería? NO SI

¿Se irrita los ojos y la nariz de su hijo/hija al llegar a la escuela?

¿Su hijo/hija tiene acidez? NO SI

¿Ha habido veces que la comida se le sube en la garganta de su hijo/hija? NO SI

¿Su hijo/hija tose, respira ruidosamente, o ha tenido falta de aliento durante la noche dentro de las cuatro semanas pasadas? NO SI

¿Su hijo/hija vomita y después tose o tiene tos resuello durante la noche? NO SI

¿Los síntomas se empeoran después de comer? NO SI

¿Su hijo/hija tose o respira ruidosamente después de comer ciertas comidas? NO SI

¿Su hijo/hija tose, respira ruidosamente, tiene opresión del pecho, o siente falta de aliento cuando esta haciendo ejercicios o después de los ejercicios? NO SI

¿Su hijo/hija esta tomando medicinas con recetas y sin recetas? NO SI

Si respondió si, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/hija utiliza gotas para los ojos? NO SI

¿Ha tomado su hijo/hija aspirina u otras medicinas anti-inflamatorios sin steroide, (como ibuprofen)? NO SI

¿Su hijo/hija tose respira ruidosamente, tiene opresión del pecho, o siente falta de aliento después de tomar medicina? NO SI

**Por favor entrega este formulario a la enfermera de su doctor**