

ALLERGY HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE ALERGIAS)

First Name (Nombre): _____	NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>
Last Name (Apellido): _____	
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria): _____	
Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad): _____	Preferred Language (Idioma Preferido): _____

ENVIRONMENTAL HISTORY (HISTORIA AMBIENTAL)

Pets (Animales): <input type="checkbox"/> Cat (gato) # _____ <input type="checkbox"/> Dog (perro) # _____ Other: _____ Smoker in home?: (¿Alguien fuma en la casa?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	How long have you lived in Central Texas? (¿Cuánto tiempo ha vivido en el centro de Texas?) _____ Other areas of residence & dates: (Otras áreas de residencia y fechas) _____	Attends (asiste): <input type="checkbox"/> daycare (guardería) <input type="checkbox"/> school (escuela) <input type="checkbox"/> second home (segundo hogar) <input type="checkbox"/> other (otro) Mold/Mildew in the house? (¿Moho/humedad en la casa?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No If yes, (En caso afirmativo,) Where? (¿Dónde?) _____	Any rooms with carpeting? (¿ Habitaciones con alfombra?) Where? (¿Dónde?) _____ Mattress/bedding/pillow type? ex.) Cotton, feather, foam (¿ Colchón / ropa de cama / tipo de almohada? ej. – de algodón, plumas, espuma) _____
---	--	--	---

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Hay fever (Fiebre de heno)			Sinus disease (Enfermedad de los senos paranasales)			Rashes/Skin problem (Erupciones/problema de la piel)		
Asthma (Asma)			Food allergy/food intolerance (Alergia alimentaria / intolerancia a los alimentos)			Autoimmune disease (Enfermedad autoinmune)		

Other medical history (Otro historial médico): _____

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Adenoidectomy (Adenoidectomía)			Ear tubes (Tubos en los oídos)					
Tonsillectomy (Amigdalectomía)			Sinus surgery (Cirugía de los senos paranasales)					

Other surgical history (Otro historial de cirugía): _____

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Allergic rhinitis (Rinitis alérgica)	Angioedema (Angioedema)	Asthma (Asma)	Atopy (Atopia)	Autoimmune disease (Enfermedad autoinmune)	Eczema (Eczema)	Immunodeficiencies (Inmunodeficiencias)	Urticaria (Urticaria)	Food intolerance (Intolerancia alimentaria)	Drug Allergy (Alergia a medicamentos)	Food Allergy (Alergia alimentaria)						
Mother (Madre)																	
Father (Padre)																	
Sister (Hermana)																	
Brother (Hermano)																	

Adopted (Adoptado/a)

MEDICATIONS (MEDICAMENTOS)

Are you allergic to any medications? (¿Es usted alérgico a algún medicamento?)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	If yes, please list: (En caso afirmativo, por favor indique) _____

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): **Yes** (Sí) **No** **Packs per day** (Paquetes por día): .25 .5 1 1.5 2 3 _____

Years of use (Años de uso): .5 1 2 3 4 5 **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
(Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) **Yes** (Sí) **No**

Alcohol Use (Uso de Alcohol): **Yes** (Sí) **No** **Drinks per week** :

Drug Use (Uso de Drogas): **Yes** (Sí) **No** **Comment:** (Comentario)