

Southwest Allergy & Asthma Associates, P.A.

Joe Venzor, M.D. & Felix Barron, P.A.-C

11410 Vista del Sol, El Paso, TX 79936, (915)592-6269

Encontrar este panfleto y otra información educativa en www.elpasoallergy.com

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico remitente: _____ Refiriéndose Paciente: _____

Estás aquí para (por favor círculo todas las opciones que correspondan).

ALERGIAS, ASMA, INFECCIONES CRONICAS, URTICARIA, ECCEMA, ALERGIA A FARMACOS, LA ALERGIA A INSECTOS

Los principales síntomas que le afectan a usted:

Fecha síntoma(s) comenzó: _____

Los síntomas de infección crónica y alérgica (marque todas las que correspondan)

Nasal: Nariz sangrienta

La rinorrea clara

Moco descoloridas

Comezón

Pérdida del olfato

Los pólipos nasales

Rozamiento

Estornudos

La congestión

Sinus: Dolor de cabeza

Por encima de los ojos

Debajo de los ojos

Templos

Mal aliento

Ronquido

Detener la respiración cuando usted ronca

Historia de la nariz rota

Ojos: Comezón

Lagrimeo

Enrojecimiento

Hinchazón

Visión borrosa

Orejas: Mareos

Dolor de oído

Las infecciones crónicas

Chasquidos

¿Tienen los tubos para los oídos?

Garganta: Ronquera

Drenaje retronasal

Carraspeo

Dolor de garganta

Respiración: Tos seca

Tos productiva

La expectoración con sangre

Sibilancias

Falta de aliento

La opresión en el pecho

Últimos Rayos X de tórax? ¿Cuándo? _____

Historia de asma: Los síntomas sólo en el trabajo

Síntomas de infección

Los síntomas con el ejercicio

Los síntomas nocturnos

Uso de albuterol recientes

Ha sido hospitalizado por asma?

¿Tienes un medidor de flujo pico?

¿Utiliza un separador?

Infecciones Crónicas:

Las fiebres recurrentes

Las infecciones de oído frecuentes

Historia de la neumonía?

Historia de bronquiolitis o bronquitis?

Historial de infecciones que amenazan la vida?

La amigdalitis estreptocócica frecuente

Estos síntomas ocurren principalmente durante la:

- Primavera Verano Otoño Invierno
 Día Noche Interior Al aire libre

Los síntomas se agravan por:

- Aire acondicionado Cortar el césped Polvo Rastrillar las hojas
 Exposición de Gato Olor a detergente Ejercicio El estrés
 El humo del cigarrillo Exposición de perro Perfume Olores fuertes

¿TIENES EN TU CASA O EN EL TRABAJO:

- Los gatos de interior Perros de interior Almohada de plumas
 Los gatos de exterior Fuera de perros Edredón de plumas
 Las aves Hámsters, jerbos o conejos El humo de segunda mano

Pasado las pruebas de alergia y el tratamiento:

Pasado las pruebas de alergia: ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Pasado vacunas para alergias: ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tiene alguna reacción a las inyecciones para alergias _____

Hizo los disparos ayuda? Sí No Algo

Cirugía nasal? Describa: _____ Cirujanos Nombre: _____

Las alergias alimentarias:

- Cacahuets Falta de aliento
 Nueces Las colmenas
 Mariscos Comezón
 Los huevos Cierre de la garganta
 La leche Otros síntomas de _____
 Otros alimentos _____ Fueron sus síntomas inmediatamente después de comer?
 ¿Frutas frescas causa picazón en la boca? ¿Tienes un estuche de epinefrina (EpiPen)?

Erupciones cutáneas:

¿Tiene usted? Las colmenas Eccema Molusco otra Erupción? _____

¿Dónde está la erupción? _____

¿Cuál crees que es la causa de su "rash"? _____

Es su erupción: Picazón Dolorosas Quema Descamada Agrietamiento Supuración

¿Cuánto tiempo su última erupción? Minutos Horas Días

Cuando la erupción es peor? Mañana Día Noche

Cualquier nuevo alimentos desde que empezó la erupción? No Sí _____

Cualquier medicamento nuevo desde la erupción empezó? No Sí _____

¿Alguien en su familia tiene la hinchazón? Si No ¿Alguna vez ha tenido urticaria antes? Sí No

¿Has tenido formación fácil de hematomas? Sí No ¿Alguno de los alimentos que su erupción peor? Si No

Es el sarpullido empeora por la siguiente:

- Jabones, Perfumes de Estrés Agua Calor Frío
 Contacto con látex Contacto con metales Contacto con plásticos Contacto con tintes

Cuidado de la piel:

¿Qué detergente de ropa que utilizan? _____

¿Qué jabón para baño? _____

¿Qué loción usas? _____

Alergias a medicamentos:

Medicación: _____ ¿Qué síntomas? _____

Medicación: _____ ¿Qué síntomas? _____

Medicación: _____ ¿Qué síntomas? _____

Historia clínica:

Problemas médicos: _____

¿Tiene: Diabetes Presión arterial alta Glaucoma Osteoporosis

Cirugías: _____

¿Toma medicamentos o suplementos herbales? ¿Cuáles? _____

Medicación actual: (Continuar en la espalda si es necesario)

Nombre del medicamento: Posología: Cuando se utiliza: Cuando empezó: Razón de uso

Nombre del medicamento	Posología	Cuando se utiliza	Cuando empezó	Razón de uso

Antecedentes familiares: Las alergias El asma Las colmenas Eccema Sinusitis

Padres:

Niños:

Historia social:

¿Fuma? Sí ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo sale? _____

¿Beber cantidades excesivas de alcohol? Sí

¿Están expuestos a productos químicos en el trabajo o en casa? Sí

¿Dónde trabaja? _____ ¿Usted trabaja fuera? Sí

¿Tiene alguno de estos síntomas:

- Fatiga Escalofríos Pérdida del apetito Pérdida de peso
- Dolor en el pecho Hinchazón de las piernas Palpitaciones Ganglios linfáticos inflamados
- Intolerancia al frío Pérdida del cabello Los sudores nocturnos Problemas de tiroides
- Dolor de estómago Diarrea Estreñimiento Acidez
- La anemia Fácil de moretones Mareos Visión borrosa
- Sangre en la orina Disminuir la velocidad del orina Insomnio Ansiedad
- Artritis Dolor de huesos Dolores articulares Pierna calambres musculares

Medicamentos usados previamente

Los antihistamínicos:

- Allegra Fexofenadine/
- Allegra-D
- Claritin Loratadine/
- Claritin-D
- La hidroxicina
- Palgic/Carbinoxamine
- Zyrtec/Cetirizina
- Zyrtec-D
- Xyzal/levocetirizina

Medicamentos para el asma

- Advair
- Alvesco
- Asmanex
- Azmacort®
- Breo
- Dulera
- Flovent
- Pulmicort
- Qvar
- Serevent
- Singulair
- Spiriva
- Symbicort
- Xolair

Los aerosoles nasales:

- Astelin
- Flonase
- La fluticasona
- Dymista
- Nasacort AQ
- Nasonex
- QNasl
- Patanase
- Rhinocort AQ
- Veramyst
- Zetonna

Southwest Allergy and Asthma Associates, P.A.
11410 Vista Del Sol, Suite A, El Paso Texas 79936, (915) 592-6269

FAVOR DE LLENAR CON LETRA IMPRENTA

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo F _____ M _____ Estado civil Soltero(a) Casado(a) Seguro Social _____

Domicillio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Numero de casa _____ Numero de Cellular _____

Lugar de Empleo _____ Numero _____

Direccion de Empleo _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Familiar mas cercano _____ Relacion _____

Dirección _____ Numero _____

INFORMACION DE SEGURO (ASEGURANZA)

Nombre de Seguro _____ Numero _____

Numero de Poliza _____ Numero de Grupo _____

Nombre del Asegurado _____ Direccion _____

Fecha de Nacimiento _____

Lugar del Empleo _____ Relacion al Paciente _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA O ESPOSO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Numero de casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Seguro Social _____

Lugar Empleo _____ Estado Civil Soltero(a) Casado(a)

Numero de trabajo _____ Numero de celular _____

Direccion De Correo Electrónico _____

**Southwest Allergy and Asthma Associates, P.A.
11410 Vista Del Sol, Suite A, El Paso Texas 79936, (915) 592-6269**

Coordinación de Beneficios

Todo los servicios profesionales, hechos al paciente seran cobrados. El paciente es responsable por todos los gastos adqueridos al tiempo del servicio. Esto incluye anticipos, o deducibles, o el porcentaje que no cubre la aseguanza, sin exepciones; solo con arreglos de antemano.

Favor de LEER y FIRMAR las siguientes autorizaciones y asignaciones.

Es su responsabilidad como paciente o tutor legal de informar a esta oficina con la información del seguro nuevo, tan pronto como la fecha efectiva que se conoce. Si la información del seguro nuevo no se presenta de una manera oportuna, entonces usted será responsable de cualquier y todos los cargos adqueridos después de la fecha de vigencia. Todas las compañías de seguros tienen un plazo de presentación del reclama de seguro y si no se recibe antes del plazo, el reclamo de seguro será negado convertira en su responsabilidad. Habrá un cargo de \$25.00 por falta de notificación de usted de su compañía de seguros de cualquier cambio.

Si usted tiene alguna pregunta, usted puede hablar con el agente de seguros.

Yo autorizo a Southwest Allergy and Asthma Associates, PA para que de informacion a mi aseguanza sobre mi enfermedad, y tratamiento, en relacion con eso asigno a Dr. Venzor todo costo por los servicios medicos rendidos a mi y a mis dependientes. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por la aseguanza e igualmente yo cubrire los gastos si mi aseguanza no cubre la cantidad debida en el lapso de 8 semanas.

Firma

Fecha

Nombre de paciente

Southwest Allergy and Asthma Associates, P.A.
11410 Vista Del Sol, Suite A, El Paso Texas 79936, (915) 592-6269

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

El Aviso de Practicas de Privacidad describe como usted puede usar y revelar su informacion medica protegida.

Tambien describe sus derechos para acceso y control de su informacion medica protegida. Si usted tiene alguna objeción de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad HIPAA, favor de perguntarle al Administrador de Privacidad (Nora Mc Cullen, Administrador de Privacidad) por telephono (915) 592-6269 o en persona.

Esta informacion esta ubicada en la pagina de nuestra pagina principal de nuestra pagina web www.elpasoallergy.com o usted puede pedir una copia de Aviso de Practicas de Privacidad de HIPPA en la recepcion de la oficina.

Su firma abajo es solamente reconocimiento que usted recibio una copia de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad HIPAA.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Relacion: (Padre o guardian del paciente): _____

POLIZA DE CANCELACION DE CITAS

En nuestra oficina sólo vemos pacientes con cita previa. Siempre hacemos el máximo esfuerzo para dar una cita lo mas pronto posible, para beneficio del paciente.

Se le cobraran \$25.00 dólares a su cuenta si usted no cancela su cita 24 horas antes hablandonos a la oficina.

Sin embargo, debido a emergencias inesperadas le permitiremos 2 emergencias por año sin cargo extra. Por favor notifiquenos los más pronto posible si esto sucede para darle su cita a otro paciente que la necesite. Muchos pacientes le estaran muy agradecidos si pueden tomar un cita que ha sido cancelada por alguien más.

He recibido la presente copia de la poliza de cancelación explicándome que al no cancelar mi cita con 24 horas previas, resultará en un cargo a mi cuenta.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Relacion: (Padre o guardian del paciente): _____