

HISTORIAL DE ALERGIAS

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ H / M

Evaluación de Síntomas de Alergia de Branson™ (BASE)

QUEJAS:

Por favor, marque el número apropiado de 0 a 3 de acuerdo a la severidad:

0 = ausente (no hay síntomas evidentes)

2 = moderado (tolerable)

1 = leve (síntomas presentes, pero de forma mínima)

3 = grave

Secreción nasal (goteo nasal)	0	1	2	3	Dolor de cabeza	0	1	2	3
Obstrucción nasal (nariz tapada)	0	1	2	3	Urticaria	0	1	2	3
Picazón nasal	0	1	2	3	Eccema	0	1	2	3
Estornudos	0	1	2	3	Picazón en orejas	0	1	2	3
Lagrimo en los ojos	0	1	2	3	Infecciones de senos u oído	0	1	2	3
Picazón en ojos	0	1	2	3	Resfríos frecuentes o dolor de garganta	0	1	2	3
Sensación de ojos arenosos	0	1	2	3	Sensibilidad al pelo de mascotas	0	1	2	3
Tos	0	1	2	3	Picazón de garganta	0	1	2	3
Sibilancia	0	1	2	3	Presión sinusal	0	1	2	3
Dificultad para respirar	0	1	2	3	Dolor de senos nasales	0	1	2	3

¿Otros síntomas que le causan problemas? _____

MEDICAMENTOS:

¿Con qué frecuencia toma medicamentos para sus síntomas de alergia?

0 = nunca

1 = ocasionalmente (varias veces al mes o menos)

2 = frecuentemente (varias veces a la semana) 3 = diariamente

Antihistamínicos 0 1 2 3 Esteroides Nasales (Flonase, Nasacort) 0 1 2 3

Esteroides orales 0 1 2 3 Medicamentos para el asma (Inhalador, Singulair, Advair) 0 1 2 3

Gotas para los ojos 0 1 2 3 Otros medicamentos relacionados con alergias _____

¿Algún medicamento le alivia los síntomas por completo? _____

HISTORIAL GENERAL DE ALERGIAS:

¿Cuántos meses del año tiene alergias? _____ ¿Desde hace cuántos años? _____

¿En qué temporada empeora? (Marque todas las que correspondan): O Primavera O Verano O Otoño O Invierno

¿Le han realizado alguna prueba de alergia anteriormente? O Si O No

En caso afirmativo, qué tipo: O Pinchazos/Punciones en la piel O Extracción de sangre

¿Ha recibido previamente vacunas contra la alergia? _____ ¿Gotas contra la alergia? _____

En caso de respuesta afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Usted fuma o consume tabaco? _____

Enumere cualquier animal que tenga dentro o alrededor de la casa _____

¿Quién más en su familia tiene alergias? _____

EXCLUSIVO PARA EL PROVEEDOR

PUNTAJE BRUTO: _____

0-25 = LEVE

26-50 = SIGNIFICATIVA

PUNTAJE: _____ (Multiplique la PUNTAJE BRUTO por 4)

51-100 = GRAVE

100 o más = MUY GRAVE

Esta hoja de trabajo de historial de alergias está destinada para uso exclusivo de un profesional médico autorizado. Esta hoja de trabajo no pretende de ninguna manera conferir un diagnóstico o dictar un curso específico de pruebas o tratamiento en lugar de la opinión de un profesional médico. Las puntuaciones y las descripciones de la gravedad son relativas a las preguntas. solicitados y no pueden verse en sí mismos como un consejo médico o una necesidad médica.

Consentimiento Informado de Pacientes de Inmunoterapia con Alérgenos

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ H / M

La inmunoterapia inicial, la hipo sensibilización, o las inyecciones para las alergias deben administrarse en un centro médico con un médico presente, ya que las reacciones ocasionales pueden requerir tratamiento inmediato. Estas reacciones pueden consistir en alguno o todos los síntomas siguientes: picazón en los ojos, la nariz o la garganta; congestión nasal; goteo nasal; opresión en la garganta o el pecho; toser; aumento de sibilancias; mareos; debilidad; náuseas y vómitos; urticaria; picazón generalizada; y shock, el último en condiciones extremas. Las reacciones, aunque inusuales, pueden ser serias y, rara vez, fatales. Se requiere que espere en el centro médico en el que recibe las inyecciones durante 30 minutos después de cada inyección. Si el paciente tiene 17 años o menos, un padre o tutor legal debe estar presente durante el período de espera. Verifico que yo (o el paciente) no estoy tomando medicamentos bloqueadores beta o que, si lo estoy, he discutido los riesgos/beneficios de hacerlo con mi médico (consulte la hoja de información). He leído (si es un paciente nuevo) o releí (si es un paciente establecido) la hoja de información del paciente sobre inmunoterapia y la comprendo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre los posibles efectos secundarios de la inmunoterapia y estas preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que todas las precauciones consistentes con la mejor práctica médica se llevarán a cabo para protegerme contra tales reacciones. También estoy de acuerdo con que, si tengo una reacción alérgica a las inyecciones, el médico encargado tiene permiso para tratar dicha reacción. Reconozco el hecho, con mi firma, de que estoy autorizando a la oficina a facturar las vacunas contra los alérgenos, incluso si, por alguna razón, decido no iniciar el programa de inmunoterapia con alérgenos después de que se haya realizado la vacuna. Las vacunas se pueden preparar hasta 1½ semanas antes de mi cita. Acepto obtener autorización previa, de ser necesaria, de mi plan de seguro.

PACIENTE _____ FECHA _____

SOLO PARA MENORES:

PADRE o TUTOR LEGAL _____ FECHA _____

Como padre o tutor legal, entiendo que debo acompañar a mi hijo durante los 30 minutos de espera.

Personal de la Oficina _____ FECHA _____