

## Paquete para nuevos pacientes de Alergia e Inmunología Pediátrica

### Detalles de la Cita:

**Fecha:**

**Hora:**

\*Favor llegar 15 minutos antes para dejar tiempo para el estacionamiento y el registro\*

**Proveedor/a:**

**Ubicación:** The Schottland Family YMCA 1<sup>er</sup> Piso, usando la entrada principal  
2300 West Jefferson Road, Pittsford, NY 14534

Por favor, tome en cuenta que la cita puede durar hasta 2 horas.

Si tiene alguna pregunta general o no puede asistir a la cita, llame a nuestra oficina al **menos** 24 horas antes de la visita programada.

Nos gustaría animarle a que se registre en **My Chart** antes de su cita, lo que le permite consultar los laboratorios, solicitar citas o enviarnos preguntas y solicitudes de forma segura a través de un portal para pacientes. Puede inscribirse visitando <https://mychart.urmc.rochester.edu/mychart/> o llamando al 585-275-8762 o al 888-661-6162.

### Su niño/a debe dejar de tomar los siguientes medicamentos para las pruebas cutáneas:

- Difenhidramina (Benadryl) - 3 días antes de la cita
- Atarax, vistaril (hidroxicina) - 14 días antes de la cita
- Cetirizina (Zyrtec), loratadina (Claritin), fexofenadina (Allegra), levocetirizina (xyzal), desloratdina (clarinex) - 5 días antes de la cita
- Periactina (ciproheptadina) – 5 días antes de la cita. Consulte con el médico que emitió la receta antes de detener dichos medicamentos.
- Astelin, Astepro, Dymista (azelastina) aerosol nasal – 5 días antes de la cita
- Pataday, colirio de patanol (olopatadina) – 2 días antes de la cita

**En caso de emergencia o para controlar los síntomas alérgicos/de asma, no dude en usar los medicamentos anteriores según lo prescrito. Háganos saber si se le administró uno de estos medicamentos.**

Si su niño/a toma antihistamínicos orales (por ejemplo, Allegra, Atarax, Benadryl, Zyrtec o Claritin) de forma regular, suspender estos medicamentos puede provocar un aumento de los síntomas, hable con el médico de su niño/a sobre medicamentos alternativos.

### Por favor, háganos saber si su niño/a está tomando los siguientes medicamentos:

- Medicamentos de rescate para el asma como albuterol, xopenex, Symbicort, dentro de las 48 horas posteriores a la cita
- Esteroides orales como la prednisona: dentro de los 10 días anteriores a la cita
- Antibióticos: dentro de los 5 días anteriores a la cita

En el caso de que su niño/a esté tomando los medicamentos anteriores, **NO** deje de administrarlos según lo prescrito.

**NO debería tener que suspender los siguientes medicamentos:**

\* Medicamentos diarios para el asma (corticosteroides inhalados (flovent, asmanex, qvar), Symbicort, Singulair, Intal)

\* Sprays nasales de esteroides como Nasonex, Flonase o Rhinocort

## Cuestionario del Paciente

**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

**Motivo de la visita de hoy:**

**Antecedentes clínicos/quirúrgicos**

---

Indique si se ha realizado alguno de los siguientes diagnósticos para su niño/a:

Rinitis alérgica (fiebre del heno)

Tos alérgica

Angioedema

Asma/vías respiratorias reactivas

Dermatitis/Eczema

Bronquiolitis/Bronquitis

Dermatitis de contacto

Alergias a medicamentos

Infecciones del oído (recurrentes)

Esofagitis Eosinofílica

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Alergia alimentaria

Infecciones respiratorias superiores frecuentes

Ronchas

Inmunodeficiencia

Alergia a picaduras de insectos

Pólipos nasales

Lupus/Enfermedades reumatológicas

Neumóloga

Sinusitis (crónica)

Indique si su niño/a ha tenido alguna de las siguientes cirugías:

Amigdalectomía  Adenoidectomía  Cirugía sinusal  Tubos auditivos

**¿Su niño/a ha visto a un alergólogo antes? Sí No**

Si es así, nombre del médico:

**¿A su niño/a le han hecho análisis de sangre o de piel para detectar alergias antes? Sí No**

\* En caso afirmativo, traiga los resultados de la prueba a la cita

**Todos los medicamentos actuales:** indique el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia

---

---

---

---

**Vacunas:**

¿Ha recibido su niño/a todas las vacunas hasta la fecha? Sí No

¿Ha habido alguna reacción adversa a las vacunas? Sí No

En caso de que sí, explique:

**Historial de nacimiento:**

Edad gestacional: \_\_\_\_\_ Método de parto: cesárea vaginal

¿Complicaciones durante el embarazo/parto/período neonatal? Sí No

Si tuvo alguna, explique:

**Historial social:**

¿El niño/a asiste a la guardería/escuela? Sí No

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Quien vive en casa con el/la niño/a? \_\_\_\_\_

**Historia Ambiental:**

Mascotas: Sí No \*En caso afirmativo, de qué tipo: \_\_\_\_\_

¿Infestación de plagas en casa? Sí No ¿Si ha tenido, puede indicarnos cuál?

¿Hay exposición al humo (de cualquier tipo) en casa o en la guardería/casa del cuidador/a? Sí No

\*En caso afirmativo, comparte detalles adicionales \_\_\_\_\_

**Examen sistemático:**

¿Su niño/a experimenta actualmente alguno de los siguientes síntomas?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Secreción nasal/nariz mucosa | <input type="checkbox"/> Respiración sibilante            | <input type="checkbox"/> Vómitos             |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal             | <input type="checkbox"/> Tos                              | <input type="checkbox"/> Diarrea             |
| <input type="checkbox"/> Picazón en los ojos, nariz   | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar         | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal     |
| <input type="checkbox"/> Estornudo                    | <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho.            | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces |
| <input type="checkbox"/> Afonía                       | <input type="checkbox"/> Crecimiento/aumento de peso      | <input type="checkbox"/> Fiebre              |
| <input type="checkbox"/> Goteo nasal posterior        | <input type="checkbox"/> deficiente                       | <input type="checkbox"/> Erupción/sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos                    | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar             | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza     |
|   | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico / acidez |  |

**Antecedentes familiares:**

	Alergia alimentaria	Alergias ambientales	Asma	Eczema	Esofagitis eosinofílica	Picadura de abeja Alergia al veneno	Inmunodeficiencia	Lupus/enfermedad reumatológica	infecciones recurrentes	Sinusitis	Enfermedad tiroidea	Otros
Madre												
Padre												
Hermana												
Hermano												
Otros												

Para las alergias alimentarias, especifique qué alimentos y síntomas:

**Historial de alergias alimentarias:** si no hay ninguna, pase a la siguiente sección

Alimento	Edad del niño/a en el momento de la reacción	Cantidad de comida	Contacto con la Piel o Ingestión:	Síntomas de la reacción

¿Qué alimentos (si los hay) están excluidos de la dieta de su niño/a?

**Antecedentes de eczema/dermatitis atópica:** si no hay ninguno, pase a la siguiente sección

¿Con qué frecuencia se baña/ducha su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Qué jabón/limpiador usa su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Qué crema hidratante usa y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos para el eccema usa su niño/a y con qué frecuencia?

¿Tiene picazón durante el día o la noche? Sí No

¿Qué ha usado para controlar la picazón? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le ha infectado la piel, requiriendo antibióticos? Sí No

**Historial de alergias alimentarias:** si no hay ninguna, pase a la siguiente sección

¿Su niño/a tiene síntomas alérgicos durante ciertas estaciones o durante todo el año? \_\_\_\_\_

\*Si es estacional, ¿en cuáles estaciones? Primavera, Verano, Otoño Invierno;

¿Su niño/a tiene síntomas alérgicos después de la exposición a animales? Sí No

\*En caso afirmativo, ¿qué animal y cuáles síntomas?

¿Su niño/a ha recibido vacunas contra la alergia anteriormente? Sí No

\*En caso afirmativo, ¿cuándo y por cuánto tiempo?

**Antecedentes de asma (tos, sibilancias, dificultad para respirar):** si no hay ninguno, pase a la siguiente sección

¿Su niño/a tiene un diagnóstico conocido de asma? Sí No

\*En caso afirmativo, ¿cuál era su edad en el momento del diagnóstico?

Desencadenantes/Impulsores de los síntomas del asma (marque con un círculo todas las opciones que correspondan): Frío Calor Ejercicio Enfermedad Animales

1. ¿Con qué frecuencia su niño experimenta tos, sibilancias o dificultad para respirar?	Nunca	2 veces a la semana o menos	Más de 2 veces a la semana	Todos los días	Varias veces al día al día
2. ¿Con qué frecuencia su niño/a se despierta del sueño debido a los síntomas?	Nunca	2 veces al mes o menos	3-4 veces por mes	Más de una vez a la semana	Todas las noches
3. ¿Con qué frecuencia usa un inhalador/nebulizador de rescate?	Nunca	2 veces por semana o menos	Más de 2 días a la semana	Todos los días	Varias veces al día
4. ¿Los síntomas respiratorios causan alguna limitación con la actividad?	-	No	Una limitación menor	Cierta limitación	Mucha limitación
5. ¿Cuántas veces al año tiene su niño/a exacerbaciones que requieren esteroides orales?	-	0-1 vez al año	2 veces al año	3 veces al año	Más de 3 veces al año

¿Alguna vez le han recetado un inhalador a su niño/a?

Sí No

¿Alguna vez su niño/a ha sido hospitalizado por síntomas respiratorios?

Sí No

¿Ha estado su niño/a alguna vez en la unidad de cuidados intensivos (UCI)?

Sí No

¿Alguna vez han intubado a su niño/a (tubo de respiración) por asma?

Sí No

**Historial de alergias alimentarias:** si no hay ninguna, pase a la siguiente sección

Nombre del fármaco/medicamento	Fecha o edad del niño/a en el momento de la reacción	Síntomas
--------------------------------	--	----------


**Historial de alergias alimentarias:** si no hay ninguna, pase a la siguiente sección

¿Ha tenido su niño/a una sospecha de reacción alérgica a una picadura de insecto?

Sí

No

De ser así, explique:

**Historial de infecciones frecuentes:** si no hay ninguno, dejar en blanco

¿Su niño/a tiene infecciones recurrentes?

Sí

No

\*En caso afirmativo, enumere el tipo y la frecuencia:

---

---