



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA _____

Nombre _____
Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Genero _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

Correo Electrónico _____

Teléfono Móvil/Celular _____

Raza: Caucásico Negro o Afroamericano Asiático Se Negó a Informar

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano o Latino Se Negó a Informar

Idioma Preferido _____ Estado Civil: S C V D SEP (Circular Uno)

Contacto de Emergencia _____ Relación _____

Número de Teléfono _____ Teléfono Móvil/Celular _____ Teléfono Trabajo _____

DOCTOR PRIMARIO

Nombre del Médico _____

Nombre de la Practica _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____

Nombre de la farmacia _____

Número de Teléfono _____

Dirección _____

Persona Responsable/Dueño de la Póliza

Nombre _____ Relacion _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____

SEGURO (Ignore esta sección si tiene con usted la tarjeta de seguro y tarjeta de farmacia con usted hoy)

Nombre del Seguro _____

Nombre del Seguro _____

Número de Identificación _____

Número de Identificación _____

Numero de Grupo _____

Numero de Grupo _____

Dueño de la Póliza _____

Dueño de la Póliza _____

Copago \$ _____ Fecha Vigente _____

Copago \$ _____ Fecha Vigente _____

Referido Requerido SI NO

Referido Requerido SI NO

Rx Insurance Card: _____

RxBIN: _____

Rx PCN: _____

RxGRP: _____



HISTORIAL DE ALERGIAS

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Referido Por: _____ Doctor Primario: _____

¿La causa principal o razones para la consulta de alergias?

Síntomas nasales y oculares:

- Ninguna Obstrucción nasal estornudos goteo nasal posterior picazón en la nariz
 picazón en los ojos dolor sinusal problemas de oído otros: _____

Medicamentos para la alergia tomados: _____

Problemas de la piel:

- Ninguna eczema urticaria erupción cutánea otros: _____

Asma y tos:

- Ninguna asma tos dificultad para respirar
Desencadenantes: resfriados alergias ejercicio otros: _____

Medicamentos inhaladores tomados: _____

Alergias alimentarias (*por favor enumere*): _____

Alergias a medicamentos (*por favor enumere*): _____

Reacciones a las picaduras de abejas/insectos (*por favor enumere*): _____

Trastornos del sistema inmunitario (*por favor enumere*): _____



Antecedentes familiares:

- | | | | | |
|-------------------|-------------------------------|--|--|---------------------------------|
| Padre | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Alergia cutánea | <input type="checkbox"/> Otros: |
| Madre | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Alergia cutánea | <input type="checkbox"/> Otros: |
| Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Alergia cutánea | <input type="checkbox"/> Otros: |
| Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Alergia cutánea | <input type="checkbox"/> Otros: |
| Niño(s) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Alergia cutánea | <input type="checkbox"/> Otros: |

Historia ambiental:

Enumere **TODAS LAS MASCOTAS** en el hogar: _____

DORMITORIO: Temperatura del dormitorio de invierno: _____

REVESTIMIENTO DE PISOS: a pared Área de alfombra Piso de madera Alfombra sobre cemento

SISTEMA DE CALEFACCIÓN: Aire caliente forzado Aire caliente forzado Zócalo de agua caliente Estufa de leña Otro:

CLIMATIZACIÓN: Ninguno Ventana Central

SÓTANO:

- Ninguno Terminado Inacabado Antecedentes de fugas de agua

Por favor, describa el **TIPO DE TRABAJO** o **ACTIVIDAD DIARIA:**

- Configuración de oficina Entorno al aire libre Ama de casa Escuela (grado:)

Tenga en cuenta cualquier otro historial que sienta que el médico debe saber sobre usted. Si es apropiado, tenga en cuenta cualquier estrés o problema emocional que pueda afectar sus síntomas:

5 Franklin Avenue, Suite 102
Belleville, NJ 07109
Phone : (973) 759-5842
Fax : (973) 759-0403

Food Allergy Treatment Center
5 Franklin Avenue, Suite 602
Belleville, NJ 07109
Phone : (973) 969-3466
Fax : (973) 969-3467

1005 Clifton Avenue, Suite 102
Clifton, NJ 07013
Phone : (973) 773-7400
Fax : (973) 779-5224