

# 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](http://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](http://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): \_\_\_\_\_