

# Cuestionario del estado de salud actual

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## ¿Experimenta cualquiera de estos síntomas?

	Sí	No
Secreción nasal		
Picazón en la nariz		
Congestión nasal		
Picazón en los ojos		
Ojos llorosos		
Estornudos frecuentes		
Comezón en la garganta/labios/boca		
Goteo nasal posterior (secreción que baja por la parte posterior de la garganta que conduce a tener que aclarar la garganta)		

## ¿Con que frecuencia experimenta estos síntomas?

- De vez en cuando (2-3 veces al año)
- Más de 3 veces al año
- Unos periodos largos de tiempo por año (primavera, verano, otoño, invierno)
- La mayor parte del año

¿Toma usted medicamento recetado o de venta libre para controlar sus síntomas de alergias?  Sí  No

## Por favor marque los síntomas o condiciones que ha tenido en los últimos 1 a 2 años

- Problemas de senos paranasales (presión/dolor, dolores de cabeza, sinusitis)
- Sueño inquieto, retos para dormir toda la noche, ronquidos
- Resfriados durante cambios de estación
- Tos consistente o que regresa
- Resfriados crónicos (que duran más de 2 meses)
- Se siente fatigado, irritable, y inquieto
- Migrañas
- Asma
- Problemas de la piel (seca y/o le pica)

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DEL(A) CAS:

Fecha del último examen ENT: \_\_\_\_\_