



Potomac Allergy Center

Allergy History Form

Date/Fecha:	Referred By/Referido por:
Name/Nombre:	Address/ Direcccion:
Date of Birth/Fecha de Nacimiento:	Phone Number/ Numero telefonico:
Insurance Company/ Compañia de seguro:	

Main Complaint/ Queja Principal:
Prior Allergy Testing: Yes/No (where and when if yes) Ha tenido un exsamen de alergia antes Si/No (Donde y cuando)
Medical History/ Historia Medica:
Current Medications: (Including over the counter supplements) Medicinas actuales: (Incluyendo suplementos y medicinas sin reseta medica:

Please Check All Symptoms that apply/ Porfavor marque todos los sintomas que le apliquen

Nasal Symptoms/ Sintomas Nasales <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Itching/ Comezon <input type="checkbox"/> Sneezing/ Estornudos <input type="checkbox"/> Congestion/ Congestion <input type="checkbox"/> Runny Nose/ Moquera <input type="checkbox"/> Frequent Colds/ Resfriados frecuentes <input type="checkbox"/> Sinus Infections/ Infecciones en las senusitis 	Eye Symptoms/ Sintomas en los ojos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Itching Inner Corner/ Comezon en la esquina de los ojos <input type="checkbox"/> Itching Outer Corner/ Comezon en la parte exterior de los ojos <input type="checkbox"/> Puffiness/ Hinchazon <input type="checkbox"/> Blurred Vision/ Vision borrosa <input type="checkbox"/> Tearing/Discharge/ Lagrimeo <input type="checkbox"/> Dark Circles/ Ojeras 	Ear Symptoms/ Sintomas del oido <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Itching/ Comezon <input type="checkbox"/> Tinnitus (ringing)/ Sonidos <input type="checkbox"/> Dizziness/ Vertigo <input type="checkbox"/> Popping <input type="checkbox"/> Fullness/Pressure/ Llenura/ presion <input type="checkbox"/> Hearing Loss/ Perdida de la audicion <input type="checkbox"/> Frequent Ear Infections/ Frecuentes infeccions del oido <input type="checkbox"/> Drainage/ Drenaje
Throat/Mouth Symptoms/ Sintomas de la garganta y la boca <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sore Throats/ Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Itchy Palate/ Comezon en el paladar <input type="checkbox"/> Difficulty Swallowing/ Dificultad al trajar <input type="checkbox"/> Laryngitis/ Laringitis <input type="checkbox"/> Swelling of the tongue/lips/ Hinchazon la lerngua/ labios <input type="checkbox"/> Burning/Scratchy sensation/ Sensacion de ardor/ o comezon 	Chest Symptoms/ Sintomas del pecho <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coughing/ Tos <input type="checkbox"/> Wheezing/ Respiracion ruidosa <input type="checkbox"/> Shortness of breath/ Dificultad al respirar <input type="checkbox"/> Pain/ Dolor <input type="checkbox"/> Tightness/ Oprecion <input type="checkbox"/> Asthma/ Asma <input type="checkbox"/> Bronchitis/ Bronquitis <input type="checkbox"/> COPD/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica <input type="checkbox"/> Frequent Respiratory Infections/ infeccion de las vias respiratorias 	GI Symptoms/ Sintomas del estomago <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bloating/ Hinchazon <input type="checkbox"/> Belching/ Erutos <input type="checkbox"/> Reflux/Heartburn/ Agruras <input type="checkbox"/> Diarrhea/ Diarrea <input type="checkbox"/> Constipation/ Constipacion <input type="checkbox"/> IBS/ Sindrome del intestion irritable <input type="checkbox"/> Excessive Gas/ Exceso de gases

Genito-Urinary Symptoms/ Síntomas de las vías urinarias	Skin Symptoms/ Síntomas de la piel	Neurological Symptoms/ Síntomas Neurológico
<ul style="list-style-type: none"> ○ Difficulty voiding/ Dificultad al orinar ○ Vaginitis ○ Frequent Urinary Infections/ Frecuentes infecciones urinarias ○ Yeast Infections/ Infecciones vaginales por hongos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hives/ Urticaria ○ Rashes/ Erupciones ○ Eczema ○ Swelling/Itching/ Hinchazon/ comezon ○ Athletes Foot/ Hogos en los pies ○ Jock Itch/Tiña inguinal ○ Peeling of hands/ Descamaduras de las manos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Headaches/ Dolor de cabeza ○ Decreased Attention Span/ Desminucion el la capacidad de poner atencion ○ Learning Disability/ Dificultad al aprender ○ Seizures/ Convulsiones ○ Poor Memory/ Mala memoria ○ Loss of concentration/ Perdida de la concentración
Miscellaneous Symptoms/ Síntomas Misceleanos <ul style="list-style-type: none"> ○ Joint Pain/ Dolor en las articulaciones ○ Muscle Pain/ Dolor muscular ○ Arthritis/ Artritis ○ Restless Legs/ Cancancio en las piernas ○ Chronic Fatigue/ Cansancio Cronico ○ Insomnia/ Insomio 		

Answer Yes or No to all that pertain to you currently/ Conteste si/no a todas las que le apliquen
Seasonal Incidences – Is your condition worse in the/ Sus sintomas son peores en que epoca de el tiempo

	Yes	No
1. Spring/ Primavera		
2. Summer/ Verano		
3. Fall/ Otoño		
4. Winter/ Invierno		

Describe your allergy symptoms – Do they last? Describa sus sintomas de alergia-Cuanto le duran?

1. Minutes/ Minutos		
2. Hours/ Horas		
3. Days/ Dias		
4. Whole Seasons/ Estaciones enteras		
5. Whole Year/ Año entero		
6. Do the attacks occur at a particular time of the day/ Los ataques se producen en un mometo determinado del dia		
7. Do certain things relieve the attacks/ Hay cosas que alivian los ataques		
8. Do the attacks cause you to lose sleep/ Los ataques causan que usted no pueda dormir		
9. Do the attacks interrupt your daily routine/ Los ataques interumpen su rutina diaria		

Childhood History/ Historia de su niñes

1. Do you have eczema/ Ha tenido eczema		
2. Do you have colic/ Tiene Colicos		
3. Were you often sick/ Se enfermaba frecuentemente		
4. Did you have asthma/bronchitis/ Tiene asma/ bronquitis		
5. Did you have croup/ Tos ferina		
6. Did you have frequent stomach aches/diarrhea/ Tiene Dolores de estomago/Diarrea frecuetemente		
7. Frequent ear infections/ Infecciones del oido frecuentemente		
8. Frequent sinus trouble/infections/ Problemas con las sinusitis/ infecciones		
9. Frequent sore throats/ Frecuentes Dolores de garganta		

Answer Yes or No to all that pertain to you currently/ Conteste si/no a todas las que le apliquen
Family History – Have any family members had any of the following diseases? Antecedentes Familiares- Algun
miembros de la familia ha tenido las siguientes enfermedades?

	Yes	No
1. Asthma/ Asma		
2. Hay Fever/ Fiebre del heno		
3. Nasal Allergies/ Alergias nasales		
4. Hives/ Urticaria		
5. Eczema/ Eczema		
6. Chronic Skin Diseases/ Enfermedades cronicas de la piel		
7. Frequent Headaches/ Frecuentes Dolores de cabeza		
8. Migraines/ Migrañas		

Non-pollen Inhalation History/ Historial de la inhalacio de non-polen
House Dust – Are your allergies aggravated by/ Polvo cacero- son sus alergias agravadas por:

1. House being swept or dusted/ Cuando barre o desempolva		
2. Rugs being cleaned/ Cuando limpia la alfombra		
3. When bed is made or mattress turned/ Cuando hace la cama/ o le da vuelta al colchon		
4. During spring cleaning/ Durante la limpieza de la primavera		
5. When one sits on overstuffed, old furniture/ Cuando se sienta en un mueble viejo		
6. In dusty places/ En lugares polvorientos		

Atmospheric mold – Are your symptoms aggravated by/ Hongos atmosfericos- son sus sintomas agravado por:

1. Periods of damp or humid weather/ Periodos cuando esta humedo		
2. When grass is mowed/cut/ Cuando corta la grama		
3. When you are near hay or straw/ Cuando esta serca de la paja		
4. When you go into a damp house, basement, or cellar/ Cuando entra en un casa humeda o un sotano		
5. When you enter a closet wear old gloves or luggage is stored/ Cuando entra en un armario viejo/ usa guantes viejos, o dondeo almacena su equipaje		
6. If you eat cheese, mushrooms, cantaloupe or drink beer/ Si come queso, hongos, melon, or si toma cerveza		
7. When the first cold snap of autumn occurs/ Durante el primer broche de frio en el otoño		

Animals – Are your allergies aggravated by/ Animales- Son sus alergias agravadas por:

1. When you lie on a feather pillow/ Cuando se acuesta en una almohada de plumas		
2. When fluffing pillows/ Cuando espoja las almohadas		
3. When using a down comforter/ Al usar un edredon		
4. When near animals with feathers/ Cuando esta cerca de un animal con plumas		
5. Pets in the home/ Animales domesticos		

Smoke – Are your allergies aggravated by/ Humo- Son sus alergias agravadas por:

1. When you or others smoke/ Cuando usted o otros fuman		
2. When you are at a night club or smoky place/ Cuando esta en un club nocturne o en lugares ahumados		

Orris Root – Are your allergies aggravated by/ Raiz de Orris/ Son sus alergias agravadas por:

1. When using talcum powder/ Al usar polvo de talco		
2. When in beauty parlor, barber shop/ En una sala de belleza o en el peluquero		
3. When around people who use excessive powder or perfume/ Cuando esta al rededor de alguien que utiliza demaciado perfume		

Answer Yes or No to all that pertain to you currently/ Conteste si/no a todas las que le apliquen
Pyrethrum-orris root-lethane – Are your allergies aggravated by/ Raz de lirio- Son sus alergias agravadas por:

	Yes	No
1. When exposed to insect sprays/ Cuando esta espuesto al repelente de insectos		
2. When using products used for mothproofing/ Al usar productos antipolillas		
3. When exposed to sprays or powders used in gardening/ Cando esta expuesto a los aerosols o a los polvos usados en cultivar un huerto o jardineria		

Food History – Are your allergies aggravated by/ Historial de comidas- Son sus alergias agravadas por:

1. Certain foods/ Ciertos alimentos		
2. Foods which you dislike/ Alimentos que no le gustan		
3. Foods which you over indulge because you like them so much/ Alimentos que come en exceso porque le gustan mucho		
4. Food you find difficult to digest/ Alimentos que encuentra dificiles de digerir		
5. Foods you eat that cause gas, bloating, and indigestion/ Alimentos que come y le causan gases, hinchazon, y indigestion		
6. Are you on a diet/ Esta en una dieta		

Physical History – Are your allergies aggravated by: Histia fisica- Son sus alergias agravadas por:

1. Change in weather/ Cambio de el tiempo		
2. Fatigue/ Cansancio		
3. Loss of sleep/ Perdida de el sueño		
4. Excitement/Anxiety/ Entusiasmo/ Ansiedad		
5. Hot or cold baths/ Baños calientes o frios		
6. Becoming overheated/ Recalientamiento		
7. Nervousness/Anxiety/ Nerviosismo/ Ansiedad		
8. Air Conditioning/ Aire acondicionado		

Environmental Survey/ Encuesta ambiental

1. Is your home new/ Es su casa nueva		
2. Is your home old/ Es su casa vieja		
3. Is your home damp/ Es su casa humeda		
4. Is your home dry/ E su saca seca		
5. Do things mildew easily in your home/ Hai cosas que se enmohecen facilmente en su hogar		
6. Do you live near a: factory, railroad, lake, poultry yard, swampy area/ Vive cerca de fabrica, ferrocarril, lago, yarda de aves de corral, area donde hay pantanos		
7. Is your home heated by: open-gas heaters, floor gas furnace, radiators, fireplace, central heating system with ducts/ Es su casa calentada por calentadores de abrir gas, horno de gas, radiadores, chimenea, sistema de calefaccion central con ductos.		
8. Is your home cooled by: attic fan, window air-conditioning, central air-conditioning, window fans/ Se enfria su casa atraves de ventiladores de atico, ventana de aire acondicionado, sintema central de aire acondicionado		
9. Do you have plants in your home or box planters/ Tiene plantas dentro de el hogar		
10. Do you use moth repellants/insect sprays in the house/ Utiliza repulsivos de polilla/ aerosoles para los insectos en el hogar		
11. Do you keep books/magazines that gather dust/ Mantiene libros/revistas que recogen polvo		
12. Do you have over-stuffed furniture/ Tiene muebles tapizados		
13. Do you use feather pillows/ utilize almuhadas de plumas		
14. Do you use down comforters on the bed/ Utiliza edredones en la cama		
15. Do you have rugs on the floor/ Tiene alfombras		
16. Is there padding under the rugs/ Tiene relleno en la alfombra		
17. Do you have drapes on the windows/ Tiene cortinas en las ventanas		

18. Do you use throw pillows/ Utiliza cojines		
19. Do you have wallpaper on the walls/ Tiene papel en las paredes		
20. Do you participate in any hobbies at home/Participa en alguna aficin en casa		

Answer Yes or No to all that pertain to you currently/ Conteste si/no a todas las que le apliquen
Focal Infection History/ Historial de infecciones focales

	Yes	No
1. Do you have a foul odor in your nose/ Tiene olor fetido en la nariz		
2. Do you have yellow/green post-nasal drip/ Tiene goteo retronasa amarillo o verde		

Work/School/ Trabajo/ Escuela

1. Do you have symptoms at work or school/ Tiene sintomas en el trabajo o en la escuela		
2. Is the place where you work or attend school: damp, cooled with window fans, air conditioned, dusty, smoky, has a musty smell/ Donde usted trabaja o estudia es humedo, enfriados con ventiladores de ventana, aire acondicionado. Hai polvo, o tiene un olor a humedad		

Activities/ Actividades

1. Do you participate in any outdoor sports or hobbies/ Participa en algun deporte al aire libre		
2. Are your symptoms better when you're away from home or on vacation/ Los sintomas mejoran cuando esta lejos del hogar o en vacaciones		

Previous Treatments: Tratamientos previos

1. Have you had any surgeries related to this condition/ Alguna vez a tenido cirugia relacionado con esta condicion		
2. Do any drugs or treatments provide relief of your symptoms/ Hai medicinas o tratamientos que le han alivio sus sintomas		