



David E. Provencher, Jr., M.D.
Board Certified
Allergy, Asthma and Immunology

GRACIAS POR ESCOJER A PLANT CITY ALLERGY!

Con el fin de ayudar a simplificar su primera visita, por favor, tómese unos minutos para llenar este formulario de historia médica. No te olvides de ser específico acerca de la razón o razones que usted o sus hijos están viendo el médico. Le pediremos por este formulario y vamos a hacer una copia de su tarjeta de aseguransa cuando usted llegue. También se le pedirá que revise nuestras normas de privacidad del paciente, esta información es requerida por las regulaciones federales HIPAA.

IMPORTANTE:

Si su plan de seguro es un HMO, es probable que necesite un referido para su visita(s) para que su compañía de seguro pueda cubrir los cargos. Póngase en contacto con la oficina de su proveedor de atención primaria para obtener esta remisión. Procure hacer su cita con tiempo suficiente para que su proveedor pueda generar su referido en un día o dos, pero otros necesitan una semana o más. La oficina de su Doctor primario pueda que nos faxee el referido o usted lo puede recoger y traerlo con usted el día de su cita. Por favor llámenos para reprogramar al menos 24 horas de anticipacion, si no ha sido capaz de obtener el referido o no puede llegar a su cita original, **para evitar un cargo por reprogramación.**

Si no está seguro(a) si necesita o no un referido, llame al número de servicio al cliente en su tarjeta de aseguransa y pregunte si necesita un referido par aver un especialista.(alergista)

No te olvides de llevar los siguientes documentos con usted a su cita:

- Su tarjeta de seguro medico.
- Su formulario de historia clínica
- Su referido par aver a un especialista(si es necesario).

Gracias por elegir Plant City Allergy, PA, Esperamos verte pronto.

Direcciones desde I-4: Salida 19 de la carretera Thonotosassa hacia Plant City, justo antes de la segunda luz de trafico has una vuelta en U(por la cabina del tren “El Dentista”) y haga la primera derecha en la plaza Southern Oak Dr. Estamos en la officina 104 para Citas y 106 para inyectables.

Cómo llegar desde el centro de Plant City tome la calle Baker(una sola via) todo el camino a la luz carretera Thonotosassa (partida hacia la I-4 “por la cabina del tren El Dentista”) haga una derecha en la calle Thonotosassa y luego hacer otra derecha rapida en la plaza Southern Oak Dr

NOTA: NO USAR PERFUME O FRAGANCIAS EN NUESTRA OFICINA!

LA HISTORIA DEL PACIENTE PARA LA EVALUACION INICIAL

Nombre: _____ Date: _____

¿Cuál es el motivo de su visita? Por favor, describa brevemente sus síntomas:

Círcule las condiciones que usted tiene o ha tenido en el pasado:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|--|---------------------------------------|
| Presión arterial alta | Reflujo/Acidez | Alergias nasales,
irritacion de los
ojos(picazón, tos) | Colmenas |
| Colesterol alto | Arthritis | Asma | Reacciones de la
picadura de abeja |
| Las enfermedades del
corazón | Tiroides | Eczema | Reacciones a
picaduras de hormigas |
| La diabetes | Accidente
cerebrovascular | Sinusitis | Bronquitis |

lista de otras condiciones médicas:

Lista de hospitalizaciones/cirgías:

Medicamentos Corrientes con dosis:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Continuó con las dosis de los medicamentos:

6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Soy alérgico a los siguientes medicamentos:

¿Qué sucede si usted toma este medicamento?

Soy alérgico a las siguientes alimentos:

¿Qué sucede si usted toma esta comida?

HISTORIA FAMILIAR DE ALLERGIAS:

Miembro de la Familia	Alergias nasales, irritacion de los ojos (picazón, tos)	Asma	Eczema	Sinus
Papá: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamá: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos(a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Children: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTUDIO AMBIENTAL

Edad aproximada de su casa: _____. Su casa a sufrido daños de agua? SI NO

¿Qué tipo de casa? ()Casa () Apartamento () Condominio () Casa Móvil

¿Tiene filtros HEPA o limpiadores de aire y purificadores? SI NO

¿Especifique que cuartos son alfombrados? _____

Por favor liste todos los tipos de mascotas: (ejemplos. Perros, Gatos, Conejos, Hámster. Etc.)

¿Existen fumadores en la casa? SI NO

Trabajo/ocupación: _____

Son sus síntomas peores en el trabajo / en la casa: _____

LA HISTORIA SOCIAL

Estado Civil Actual: () Soltero () Casado () Asociado () Viudo(a)

Uso de alcohol: () Nunca () Rara Vez () Moderadamente () Diario () Pesado

Uso de tabaco: () Nunca () Paquetes al día () Fumaba antes/Dejo de fumar

Uso de otras sustancias recreativas: _____

Pasatiempos: _____

REVISION DE LOS SYSTEMAS – POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS QUE SE APLICAN

GENERAL

- Reciente aumento de peso
- Reciente perdida de peso
- Continúo de Fiebre
- Fatiga
- Dolor de Espalda

OÍDOS/NARIZ/GARGANTA

- Pérdida de Audición
- Zumbido en los Oídos
- Dolor Nasal/Congestion
- Sangrado nasal
- Mal Aliento
- Boca Seca
- Dolor de garganta
- Ronquidos
- Ulceras

PIEL

- Colmenas
- Erupción
- Picazón
- Ampollas
- Enrojecimiento

REACCIONES A

- Látex
- Anestéticos
- Aspirina/Motrin
- Otros: _____

MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor en las Articulaciones
- Rigidez en las Articulaciones
- Hinchazón de las Articulaciones
- Debilidad
- Escupiendo Sangre
- Dificulta para Caminar

GASTROINTESTINAL

- Perdida de Apetito
- Nausea/Vomito
- Dolor Abdominal
- Diarrhea frecuente
- Estreñimiento Frecuente
- Acidez/Reflujo

OJOS

- Gafas/Contactos
- Glaucoma
- Lagrimeo
- Picazón
- Cataratas

ENDOCRINO

- Diabetes
- Tiroides

PULMONES

- Tos crónica
- Exceso de Mucosa
- Falta de Aliento
- Sibilancias

CORAZÓN

- Problemas de Corazón
- Palpitaciones
- Hinchazón de Tobillos
- Problemas del Pecho

SICOLOGICO

- Perdida de la Memoria
- Depresión
- Ansiedad

OTROS

- Anemia
- Transfusiones
- Inflamación de las Glándulas
- Dificultad para orinar