



Atlanta ENT, Sinus & Allergy Associates

New Patient Form:

**Patient Name:**

Last Name/ Apellido: \_\_\_\_\_ First Name/ Nombre: \_\_\_\_\_

Age/ Edad: \_\_\_\_\_ DOB/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Today's Date/ Fecha: \_\_\_\_\_

Gender/ Género:  Male/ Masculino  Female/ Femenino

Primary Care Physician/ Doctor Primario o Pediatra: \_\_\_\_\_

Referred by/ Referido por:  Primary Care Physician/ Doctor o Pediatra  Other Physician/ Otro Doctor

Name/ Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Main complaint/ Motivo específico para la cita de hoy: \_\_\_\_\_

**Past Medical History/ Historia Médica:**

Please list all current and previous medical problems/ Porfavor escriba todos los problemas de salud del presente y pasado:

---

---

---

---

List all surgeries and hospitalizations with associated dates/ Escriba todas sus cirugías y hospitalizaciones con fechas:

---

---

Previous Allergy Testing/Therapy/ **Exámenes de Alergia Anteriores/Terapias:**

Skin test/ **Exámenes en la piel**    Blood test/ **Exámen de sangre**

I have never had allergy testing / **Nunca me han hecho exámenes de alergia**

Allergy test results and date of test/ **Resultados de exámenes y fechas** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergy Shots in past? **Ha recibido vacunas para alergia en el pasado?:**  No  Yes/Si

When started/ **Cuando Empezo:** \_\_\_\_\_ When stopped/ **Cuando terminó:** \_\_\_\_\_

Reason for stopping/ **Motivo por el cual terminó:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***For Pediatric patients only/ Para Pacientes Pediatricos Solamente:***

Birth weight./ **Peso al nacer:** \_\_\_ lbs. \_\_\_ oz. Type of Delivery/**Tipo de Parto:** \_\_\_\_\_

Complications during pregnancy, delivery and/or neonatal course:  None  Yes, Explain

**Complicaciones durante el embarazo, parto y/o curso neonatal:**  Ninguno  Sí, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Immunizations/Vaccinations up-to-date? / **Tiene las Vacunas al día?**  Yes/Si  No – Explain/**Explique:** \_\_\_\_\_

***For WOMEN of child-bearing age: Are you pregnant? / Para MUJERES de edad fértil: Esta embarazada?***  No  Yes/Si

## Medications/Medicamentos:

(Please be ready to list all medications (INCLUDING ALL INHALED MEDICATIONS), vitamins and herbal supplements including doses and frequencies. The nurse will obtain this information from you during your office visit.)

(Porfavor este listo para nombrar todos los medicamentos (incluyendo los inhaladores), vitaminas y suplementos herbales incluyendo las dosis y con que frecuencia. La enfermera(o) obtendrá esta información durante su visita hoy.)

## Allergies/Alergias:

(Please be ready to list all ADVERSE EFFECTS and ALLERGIES to a medication, drug, food, insect, or anything else. Be sure to give the approximate date of the reaction with a description of the reaction. The nurse will obtain this information from you during your office visit.)

(Porfavor este listo para nombrar todos los efectos adversos y alérgias a cualquier medicamento, comida, insect o cualquier otra cosa. Procure dar la fecha aproximada y una breve descripción de la reacción. La enfermera(o) obtendrá esta información durante su visita hoy.)

## Family History/Historia Familiar:

Please state any medical problems in the family/ Porfavor nombre todos los problemas de salud de su familia:

Mother/ Madre: \_\_\_\_\_ Father/ Padre: \_\_\_\_\_

Brothers/Hermanos: \_\_\_\_\_ Sisters/ Hermanas: \_\_\_\_\_

Other/ Otros: \_\_\_\_\_

## Social History/ Historia Social:

For Pediatric patients only/ Para pacientes Pediatricos Solamente:

Does your child attend day care?/ Su hijo(a) asiste a una guardería?:  No  Yes/Si  Not applicable/ No Aplica\_

School Grade/ Grado que cursa en la escuela: \_\_\_\_\_

Smoking exposure/ Esta expuesto a humo de cigarro:

No smoke exposure/ No expuesto a humo de cigarro

Parent, relative or guardian smoke outdoors only / Padres, parientes o guardianes fuman afuera solamente.

Parent, relative or guardian smoke indoors, outside and/or in the car.

Padres, parientes o guardianes fuman adentro, afuera y/o en el carro.

Marital status/ Estatus Marital:  Single/ Soltero(a)  Married/ Casado(a)  Other/ Otro

Occupation/ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

Tobacco use/ **Usa Tabaco:**  No  Yes/Si – Type/ **Que tipo:** \_\_\_\_\_

Do you currently smoke? / **Fuma Actualmente**  No  Yes/Si – Number of years/ **Por cuantos años:** \_\_\_\_\_

Number of packs per day/ **Cuantas cajetillas al día?** \_\_\_\_\_

If not currently smoking, have you ever smoked in the past / **Si no fuma actualmente, algun vez ha fumado?:**  No  Yes/ **Si**  
Number of years smoked/ **Por cuantos años** \_\_\_\_\_ When did you quit?/ **Cuando paró de fumar?** \_\_\_\_\_

Alcohol use/ **Uso de Alcohol:**  None/ **Ninguno**  Yes/ Si – Frequency/ **Con qué Frecuencia:**  Occasional / **Ocasional**

Other/ **Otro:** \_\_\_\_\_

Drug use:  None  Yes – Explain: \_\_\_\_\_

**Uso de Drogas:**  Ninguna  Si - Explique: \_\_\_\_\_

### **Environmental History/ Historia Ambiental:**

Do you live in a/ **Usted vive en:**  House/Casa  Apartment/Apartamento  Other/Otro: \_\_\_\_\_

Age of home/apartment/ **Cuantos años tiene la casa/apartamento? :** \_\_\_\_\_

Length of time living in your home/ **Cuanto tiempo tiene usted viviendo ahí?:** \_\_\_\_\_

### **Check if you have the following/ Indique con un cheque si usted tiene lo siguiente:**

Basement/ **Sótano**

Crawl space/ **Espacio libre debajo de la casa**

History of flooding or water damage in home / **Ha tenido inundaciones en la casa?**

Obvious mold in home, basement or crawl space / **Moho en la casa, sótano o debajo de la casa**

Problems with roaches, mice or rats in home/ **Problemas con cucarachas, ratones o ratas en la casa?**

Carpet / **Casa Alfombrada**

Area rugs / [Alfombras pequeñas](#)

Use of dust mite encasements/ [Uso de cobertores para la cama o almohadas](#)

**Heating/Air conditioning/Air Quality/ [Calefacción/ Aire Acondicionado/ Calidad de aire:](#)**

Central forced air conditioning and heating/ [Aire Acondicionado Central](#)

Window unit air conditioning/ [Unidad de Aire Acondicionado de Ventana](#)

No air conditioning/ [No tengo Aire Acondicionado](#)

Gas heating/ [Calefacción de Gas](#)

Electric heating/ [Calefacción Eléctrica](#)

Other heating – Type/ [Otro tipo de Calefacción:](#) \_\_\_\_\_

Gas stove/ [Estufa de Gas](#)

Electric stove / [Estufa Eléctrica](#)

Humidifier/ [Humidificador de Aire](#)

Dehumidier/ [Deshumidificador de Air](#)

Humidity gauge/ [Regulador de Humidez](#)

Vacuum at least weekly/ [Pasa la aspiradora por lo menos una vez a la semana](#)

Central air filter/ [Filtro de Aire Central](#)

Portable air filter present/ [Filtro de Aire Portátil](#)

HEPA air filter present/ [Filtro de Aire HEPA](#)

Fireplace present/ [Chimenea](#)

**Pets/ Mascotas:**

Cat – How many?/ [Gatos – Cuantos?](#) \_\_\_\_\_  Dog – How many?/ [Perros – Cuantos?](#) \_\_\_\_\_  Other/ [Otros:](#) \_\_\_\_\_

## Review of Systems/ Revisión de Sistemas:

(Please check any symptoms that you have had in the past 3 months)/ (Porfavor indique con un cheque los síntomas que ha tenido en los ULTIMOS 3 MESES)

### Constitutional Symptoms/ Síntomas Constitucionales:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fever/ Fiebre                      | <input type="checkbox"/> Chills/ Escalofrios                    | <input type="checkbox"/> Headaches/ Dolores de cabeza                | <input type="checkbox"/> Fatigue/ Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Night Sweats/ Sudor por las noches | <input type="checkbox"/> Decreased appetite/ Pérdida de Apetito | <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping/ Dificultad para dormir |  |
| <input type="checkbox"/> Weakness/ Debilidad                | <input type="checkbox"/> Weight Loss/ Pérdida de Peso           | <input type="checkbox"/> Weight Gain/ Aumento de Peso                |  |

### Eyes/ Ojos:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wear contact lenses/ uso lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Blurred Vision/ Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Double Vision / Visión Doble | <input type="checkbox"/> Swelling/ Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Excess tearing/ Lagrimeo Excesivo           | <input type="checkbox"/> Itching/ Picazón               | <input type="checkbox"/> Redness/ Ojos rojos          |  |

### Ears/Nose/Mouth/Throat - Oídos/Nariz/Boca/Garganta:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hearing loss or ringing/ Pérdida de Audición o zumbido           | <input type="checkbox"/> Earaches or drainage/ Dolor de oído o drenaje |
| <input type="checkbox"/> Itching or popping of ears/ Picazón o Destaponación de los oídos | <input type="checkbox"/> Sneezing/ Estorudos frecuentes                |
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion/ Congestión Nasal                               | <input type="checkbox"/> Nose Bleeds/ Sangramiento de Nariz            |
| <input type="checkbox"/> Sinus pressure/ Presión en los Senos Nasaes                      | <input type="checkbox"/> Nasal itching / Picazón de nariz              |
| <input type="checkbox"/> Runny nose / Moqueo excesivo nasal                               | <input type="checkbox"/> Sore throat/ Garganta Irritada                |
| <input type="checkbox"/> Post-nasal drip / Goteo Post-nasal                               | <input type="checkbox"/> Snoring/ Ronquidos                            |

### Cardiovascular (Heart)/ Cardiovascular (Corazón):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chest pain / Dolor en el pecho  | <input type="checkbox"/> Irregular heart beat / Latido del corazón irregular | <input type="checkbox"/> Heart murmur/ Soplo en el corazón |
| <input type="checkbox"/> Heart racing / Latido rápido de corazón                                 | <input type="checkbox"/> Swelling of legs/ Hinchazón de las piernas          |  |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath lying down / Corto de Respiración cuando se acuesta |  |  |

## Respiratory (Lungs) - Respiratorio (Pulmones):

- Cough / Tos
- Wheezing / Ruido o Silbido cuando Respira
- Shortness of breath/ Corto de Respiración
- Chest tightness / Siente el Pecho Apretado
- Coughing up blood / Tos con Sangre
- Difficulty getting air OUT / Dificultad para sacar el aire
- Difficulty getting air IN/ Dificultad para inhalar el aire

## Gastrointestinal:

- Nausea / Nausea
- Vomiting / Vómito
- Diarrhea / Diarrea
- Constipation / Constipación
- Heartburn / Reflujo
- Abdominal pain/ Dolor Abdominal
- Bright red blood in stools / Sangre en las Heces
- Black stools / Heces de color oscuro o negro

## Urinary - Urinario:

- Frequent urination / Orina con mucha frecuencia
- Painful/burning urination/ Siente Dolor o Ardor cuando Orina
- Blood in urine / Sangre en la Orina
- Difficulty stopping urination / Dificultad para parar de orinar
- Difficulty starting urination / Dificultad para empezar a orinar
- Large urinary volume / Gran cantidad de orina

## Musculoskeletal - Músculoesqueletal:

- Painful joints / Dolor en las Articulaciones
- Swelling of joints / Articulaciones hinchadas
- Redness of joints / enrojecimiento de las articulaciones
- Muscle pain / Dolores de Músculos
- Back pain/ Dolores de Espalda
- Pain down back of legs / Dolor en la parte de atrás de las piernas

## Integumentary (Skin) - Intergumentario ( Piel):

- Dry Skin / Piel Reseca
- Itchy skin / Picazón en la piel
- Rash / Ronchas
- Change in skin color/ Cambio de Color en la piel
- Nail changes / Cambios en las uñas
- Change in hair / Cambios en el cabello

## Neurological - **Neurológico:**

- Recurrent headaches / **Dolores de cabeza Recurrentes**
- Seizures / **Ataques**
- Numbness or tingling / **Hormigueo**
- Muscle weakness / **Debilidad de músculos**
- Tremors / **Temblores**
- Loss of sensation / **Pérdida de sensación**
- Loss of balance/ **Pérdida de balance**
- Memory difficulty / **Pérdida de Memoria**

## Psychiatric - **Psiquiátrico:**

- Nervousness / **Nerviosismo**
- Depression / **Depresión**
- Confusion / **Confusión**
- Insomnia / **Insomnio**

## Endocrine - **Endocrino :**

- Heat/Cold Intolerance / **Intolerancia al frío o calor**
- Excessive thirst/ **Sed excesiva**
- Thyroid swelling/Goiter / **Hinchazón de la Tiroides/ Bocio**
- Glandular or hormone problems / **Problemas Glandulares u Hormonales**

## Hematologic/Lymphatic (Blood and Lymph nodes) - **Hematológico/Linfático (Nódulos de Sangre y Ganglios) :**

- Easy bleeding / **Sangra con facilidad**
- Easy bruising / **Se le hacen moretones con facilidad**
- Difficult to stop bleeding / **Dificultad para parar de sangrar**
- Enlarged glands/lymph nodes / **Glándulas o nodules linfáticos aumentados**

## Allergic/Immunologic - **Alérgico/ Imunológico:**

- Hay fever symptoms / **Síntomas de Fiebre del Heno**
- Bee/Wasp/Fire ant allergy/ **Alergias a abejas/avispas, Hormigas de fuego**
- Frequent pneumonia / **Neumonía frecuente**
- Frequent skin infections / **Infecciones de la piel frecuentes**
- Drug Allergies/ **Alérgia a alguna droga o medicamento:** \_\_\_\_\_
- Food Allergies/ **Alérgia a algunos alimentos:** \_\_\_\_\_

Other/ **Otros:** \_\_\_\_\_