



¡Bienvenido a nuestro consultorio! ¡Esperamos atenderte!

Usted está recibiendo este paquete de formulario médico porque tiene programada una cita de paciente nuevo en Southern Nevada Allergy. Por favor, traiga toda la documentación completa a su cita.

Algunas cosas que debe recordar antes de su cita:

1. Asegúrese de traer a su cita una identificación válida con fotografía y todas las tarjetas de seguro vigentes. Si no presenta sus tarjetas de seguro vigentes el día de su visita, no podremos presentar la solicitud a su seguro.
2. Llame al menos 24 horas antes de su cita para cancelar o reprogramar; de lo contrario, se le facturará un cargo de \$100 por no presentarse.
3. Si le harán una prueba de alergias, recuerde suspender sus antihistamínicos 5 días antes de su cita. Estos medicamentos interfieren con las pruebas y resultados precisos.

No dude en comunicarse si tiene alguna pregunta sobre su cita o visite nuestro sitio web <https://www.snallergy.com>.



Información de pacientes nuevos

¿Cómo se enteró de nosotros?

| Sitio web | Remisión | Anuncio de televisión/noticias | Redes sociales | Radio | Otra |
|---------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------|-------|------|
| Remisión del paciente: (Nombre) | | | Remisión del médico: (Nombre) | | |

Información del paciente

| | | |
|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Apellido: | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | Dirección de correo electrónico: | |
| Título (Sr./Sra./Srita.): | Sexo/género: | Raza y origen étnico: |
| Estado civil: | Fecha de nacimiento: | Número de Seguro Social: |

Información de contacto en caso de emergencia

| | | |
|---------------------------------|------------------------|-----------|
| Nombre y apellido del contacto: | Teléfono del contacto: | Relación: |
|---------------------------------|------------------------|-----------|

Información del seguro

| | |
|----------------------------------|---|
| Nombre del titular de la póliza: | Fecha de nacimiento del titular de la póliza: |
| Aseguradora: | Identificación del miembro: |
| Número de grupo: | Fechas de cobertura: |
| Médico de atención primaria: | Empleador: |
| Relación con el paciente: | Nombre y fecha de nacimiento de la persona responsable: |

Los copagos o deducibles por consultas médicas se pagan el día en que lo atienden. Recuerde que usted es responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro.

Con mi firma abajo confirmo que la información incluida arriba es precisa y completa según mi conocimiento. Doy mi consentimiento para que el proveedor médico y el personal médico designado hagan los procedimientos de diagnóstico, exámenes y me den tratamiento, como se considere necesario según el mejor criterio del proveedor médico.

Reconocimiento del paciente



SOUTHERN NEVADA ALLERGY

ALLERGY | ASTHMA | IMMUNOLOGY

| | |
|--|---------------|
| Firma del paciente o persona responsable: | Fecha: |
|--|---------------|



Política de responsabilidad económica

1. Entiendo que yo, _____, soy responsable de saber si estoy (o mi dependiente está) o no cubierto por mi póliza de seguro y de traer la información de mi póliza actual a la clínica en el momento de mi visita.

INICIALES: _____

2. Entiendo que Southern Nevada Allergy no puede garantizar que la información que reciba de mi compañía de seguros sea exacta. Soy el único responsable de todos los cargos que se consideren mi responsabilidad en mi cuenta.

INICIALES: _____

3. Entiendo que Southern Nevada Allergy facturará a mi compañía de seguros de acuerdo con todas las normas y reglamentaciones federales con respecto a tales actividades y le dará a mi compañía de seguros copias de toda la información apropiada y necesaria, y que Southern Nevada Allergy no es responsable de los reclamos perdidos.

INICIALES: _____

4. Entiendo que Southern Nevada Allergy hará cualquier esfuerzo razonable para ayudarme a resolver cualquier reclamo en disputa o el pago de dichos reclamos, pero que la relación contractual para el pago de dichos reclamos es únicamente entre mi aseguradora y yo y que yo soy, en última instancia, responsable de todos los servicios prestados.

INICIALES: _____

5. Entiendo que si mi plan está fuera de la red o si se determina que los servicios "no están cubiertos" debido a las disposiciones del plan o condiciones preexistentes o cláusulas adicionales sobre mi póliza, yo soy el responsable único de los servicios prestados.

INICIALES: _____

6. Entiendo que si elijo pagar en forma privada en mi primera consulta, debido a no tener seguro, no tener cobertura, no dar mi tarjeta de seguro en el momento del servicio o no verificar la cobertura, Southern Nevada Allergy no presentará reclamos ni cambiará la responsabilidad de la cuenta de manera retroactiva.

INICIALES: _____

7. Entiendo que es mi responsabilidad dar información precisa y actualizada sobre el seguro a Southern Nevada Allergy en cada consulta, si corresponde.

INICIALES: _____

8. Entiendo que es mi responsabilidad participar de manera proactiva en la obtención de las remisiones necesarias para recibir atención médica según mi póliza de seguro.

INICIALES: _____

9. Entiendo que Southern Nevada Allergy está asociado con una agencia de cobro y que cualquier saldo atrasado por más de 90 días para el que no se haya recibido el pago o no se haya predefinido un plan de pagos se enviará a la agencia de cobro prevista.

INICIALES: _____

10. Al firmar este formulario, estoy al tanto de que, si no tengo seguro médico, se me considerará un paciente que paga por cuenta propia y tendré la responsabilidad económica de todos los servicios facturados.

INICIALES: _____

Asignación de beneficios

1. Entiendo y acepto que soy responsable y debo pagar todos los deducibles, copagos y cantidades impugnados por mi aseguradora derivados de los servicios de atención médica que yo o mi dependiente recibamos de Southern Nevada Allergy. INICIALES: _____

2. Entiendo y acepto que Southern Nevada Allergy puede usar cualquier medio legal para cobrar el pago de los servicios de atención médica que nos hayan prestado a mí o a mi dependiente. Si se inician acciones legales, para hacer cumplir los términos y condiciones de este acuerdo, la parte ganadora tendrá derecho a la recuperación de todos los honorarios y cargos de los abogados o de la agencia de cobro.

INICIALES: _____



Política de no presentación/cargo por retraso/tarjeta en archivo

Para todas las citas, necesitamos un aviso con 24 horas de antelación si hay cancelación o reprogramación. Si no da un aviso completo, facturaremos una tarifa de \$100 por no presentarse a las citas médicas. Además, si llega más de 15 minutos tarde a su cita y no hay tiempo suficiente para que lo atiendan, la cita puede cancelarse o reprogramarse y estará sujeto a un cargo de \$100.

INICIALES: _____

Nuestra política es tener una tarjeta de crédito activa registrada para cobrar por servicios, saldos vencidos, planes de pago y cargos por no presentarse. Entiendo que si elijo no tener una tarjeta de crédito en archivo, acepto pagar todos los saldos y deducibles, y entiendo que cualquier saldo impagado podría enviarse a la agencia de cobro.

INICIALES: _____

Indique una cantidad máxima por mes por la que autoriza que se pase su tarjeta si no tiene un plan de pago activo establecido y tiene un saldo por pagar del paciente: \$ _____. (Se necesita una cantidad mínima de \$50).

INICIALES: _____

Complete el formulario abajo

Política de responsabilidad económica

Firmando abajo, usted reconoce que comprende y acepta nuestra política financiera y autoriza a Southern Nevada Allergy a usar la información de su tarjeta de crédito registrada para todos los pagos. También reconoce que leyó y está de acuerdo con los términos de las secciones 'Asignación de beneficios' y 'Política de no presentación/y retraso/tarjeta en archivo'. También comprende que las leyes de privacidad de HIPAA impiden que el personal de Southern Nevada Allergy use la información mencionada arriba para cualquier otro propósito.

| Reconocimiento del paciente | |
|--|-----------------------------------|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento del paciente: |
| Nombre del responsable legal / tutor (si no es el paciente): | Fecha: |
| Firma del paciente, responsable legal o tutor: | Fecha: |



Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA Y DE FACTURACIÓN SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las prácticas de privacidad del personal profesional, empleados, voluntarios y del Personal Médico de Southern Nevada Allergy.

De conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (“HIPAA”, por sus siglas en inglés), las entidades mencionadas anteriormente pueden usar y divulgar su Información de Salud Protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) para facilitar actividades relacionadas con su tratamiento, pago y operaciones vinculadas a su atención. Este Aviso de Prácticas de Privacidad sirve como el Aviso de Prácticas de Privacidad de Southern Nevada Allergy.

Sus Derechos sobre la Información de Salud

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web, <https://www.snallergy.com>, o contactando a Cumplimiento y Privacidad en Compliance@greateraustinallergy.com.

- **Una copia de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla electrónicamente. Las copias impresas pueden obtenerse en cualquier área de registro o admisión de pacientes. También puede obtener una copia electrónica en nuestro sitio web, <https://www.snallergy.com>.
- **Solicitar una copia electrónica o impresa de su expediente médico,** incluyendo información de salud y reclamaciones. Puede solicitar una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Southern Nevada Allergy o el proveedor de registros puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo por copiar su información. Esta solicitud debe hacerse por escrito.
- **Solicitar la corrección de su expediente médico o de salud y reclamaciones.** Puede pedir que corrijamos su información de salud si considera que es incorrecta o incompleta. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos por escrito el motivo dentro de 60 días. La solicitud debe hacerse por escrito e incluir el motivo.
- **Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos.** Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones. Si usted paga personalmente en su totalidad un artículo o servicio, o si alguien distinto a su plan de salud paga en su totalidad por usted, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora para fines de pago u operaciones. Aceptaremos su solicitud si ya pagó en su totalidad, salvo que la ley nos exija compartirla. En otros casos, no estamos obligados a aceptar y podemos decir “no” si afecta su atención.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que envíemos correspondencia a una dirección diferente. Southern Nevada Allergy considerará todas las solicitudes razonables y debe decir “sí” si nos indica que estaría en peligro si no lo hacemos. La solicitud debe hacerse por escrito e indicar cómo o dónde desea ser



contactado.

- **Obtener una lista de divulgaciones.** Puede solicitar una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información de salud, con quién la compartimos y por qué. Excluye divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, u otras divulgaciones específicas (como las que usted solicitó). Incluiremos las divulgaciones de los últimos seis (6) años, salvo que solicite un período menor. Proporcionaremos una lista gratuita por año; se cobrará una tarifa razonable basada en costos por solicitudes adicionales dentro de 12 meses.
- **Designar a alguien para que actúe en su nombre.** Si ha otorgado un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Verificaremos que tenga dicha autoridad antes de actuar.
- **Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos.** Puede presentar una queja contactando a Compliance@greateraustinallergy.com. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No será penalizado ni objeto de represalias por presentar una queja. No se le exigirá renunciar a su derecho a presentar una queja como condición para recibir tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara, indíquenosla y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención;
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre; o
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartirla para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

Recaudación de fondos: Podemos contactarlo para actividades de recaudación de fondos, pero usted puede solicitarnos que no lo contactemos nuevamente.

Nunca compartimos su información sin su autorización escrita en estos casos:

- La mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia, que se mantienen separadas del resto de su expediente médico; y
- Fines de mercadeo.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud habitualmente?

La usamos o compartimos de las siguientes maneras:

- **Para tratarlo.** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo atienden. También podemos compartirla con personas fuera de Southern Nevada



Allergies involved in your care, such as providers of follow-up, organizations of physical therapy, providers of medical equipment, laboratories or pharmacies (verbal or electronically).

- **Para pago.** Podemos usar y compartir su información para facturar y obtener pago de su aseguradora o de un tercero. Por ejemplo, podemos proporcionar información a su plan de salud sobre un tratamiento recibido para que pague o reembolse el servicio. También podemos compartir su información con otros proveedores para ayudarles a obtener pago. Southern Nevada Allergy puede usar y compartir su información al pagar por sus servicios.
- **Para administrar nuestra organización.** Podemos usar y compartir su información para operar la organización, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. También podemos compartirla en un conjunto de datos limitado que excluye cierta información identificable.
- **Asociados comerciales.** Podemos compartir su información con nuestros asociados comerciales para cualquiera de los fines anteriores.
- **Medios electrónicos.** Podemos compartir su información electrónicamente.

¿De qué otras maneras usamos o compartimos su información de salud?

Estamos autorizados o requeridos a compartir su información de otras maneras, generalmente para el bien público, como la salud pública y la investigación, cumpliendo con los requisitos legales.

Para más información:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- **Salud pública y seguridad.** Podemos compartir información de salud sobre usted para prevenir enfermedades; ayudar con retiros de productos; reportar nacimientos y defunciones; reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; o para prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona. Podemos compartir partes de su información de salud con programas de registro locales, estatales y/o federales según lo requiera la ley, utilizando un conjunto de datos limitado que excluye cierta información identificable.
- **Investigación.** Podemos usar o compartir su información para investigación en salud. Para estos fines, la información puede compartirse en un conjunto de datos limitado que excluye cierta información identificable.
- **Inteligencia Artificial.** Podemos utilizar tecnologías de Inteligencia Artificial (IA) para asistir en la documentación de la atención, analizar datos de salud, apoyar decisiones clínicas y otras operaciones de atención médica. Estas herramientas no sustituyen el juicio de su proveedor. En algunos casos, los datos identificables pueden compartirse con proveedores de IA o investigadores con el fin de mejorar los servicios de salud.
- **Cumplimiento de la ley.** Compartiremos información sobre usted cuando la ley estatal o federal así lo requiera, incluyendo divulgaciones al Departamento de Salud y Servicios Humanos para verificar el cumplimiento de las leyes federales de privacidad.
- **Donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de procuración de órganos y tejidos.
- **Examinador médico o director funerario.** Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando una persona fallece.
- **Compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales.** Podemos usar o compartir información de salud sobre usted para reclamaciones de compensación laboral; con autoridades policiales, instituciones correccionales o agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; o para funciones gubernamentales especiales, como las relacionadas con el ámbito militar, la seguridad nacional o los servicios



SOUTHERN NEVADA ALLERGY

ALLERGY | ASTHMA | IMMUNOLOGY

de protección presidencial.

- **Demandas y acciones legales.** Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación legal.
- **Escuelas** (incluidas guarderías, programas de primera infancia y escuelas primarias y secundarias). Podemos compartir los registros de inmunización con una escuela, en algunos casos, con autorización verbal.

Responsabilidades de Southern Nevada Allergy

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI oral, escrita y electrónica. Southern Nevada Allergy mantiene políticas y procedimientos para proteger la PHI en cualquier forma. Los miembros del personal con acceso a su PHI reciben capacitación sobre privacidad y salvaguardas. Nuestros sistemas informáticos protegen su PHI electrónica en todo momento. Le notificaremos oportunamente si ocurre un incidente que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. No venderemos su información. Debemos cumplir con las prácticas descritas en este aviso y entregarle una copia. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera a menos que usted nos autorice por escrito; puede cambiar de opinión en cualquier momento notificándonos por escrito a Compliance@greateraustinallergy.com.

Cambios a este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestras oficinas y en <https://www.snallergy.com>. Este aviso entra en vigor el 1 de enero de 2026.

Contacto

Si tiene preguntas sobre este Aviso o sus derechos de privacidad, o desea obtener un formulario para ejercer sus derechos, puede comunicarse con Compliance@greateraustinallergy.com.

| Reconocimiento del paciente | |
|---|--------|
| Firma del paciente o persona responsable: | Fecha: |



Consentimiento para la revelación de información médica

Yo, (escribir en letra de molde el nombre completo del paciente) _____, leí una copia del *Aviso de los derechos de privacidad de los pacientes* de Southern Nevada Allergy. (Este documento está disponible en la recepción o en línea en <https://www.snallergy.com>).

Por la presente autorizo que mi información médica personal se revele a las personas que se mencionan abajo:

| Nombre | Apellido | Relación con el paciente | Marque una opción: | |
|--------|----------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Médica | <input type="checkbox"/> Económica |
| | | | <input type="checkbox"/> Médica | <input type="checkbox"/> Económica |
| | | | <input type="checkbox"/> Médica | <input type="checkbox"/> Económica |

¿Podemos tener su consentimiento para dejar mensajes de voz que hagan referencia a su información médica personal a las personas mencionadas arriba?

- Sí, doy mi consentimiento para que mi información médica personal se envíe por correo de voz a los contactos de las personas mencionadas arriba.
- No, no doy mi consentimiento para que mi información médica personal se envíe por correo de voz a los contactos de las personas mencionadas arriba.

Si quiere que dejemos un mensaje de voz a los contactos arriba mencionados, dé su teléfono en el espacio abajo:

| Nombre | Apellido | Teléfono |
|--------|----------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Yo, (escriba en letra de molde el nombre completo del paciente) _____, leí y comprendo la información anterior y acepto los términos arriba establecidos.

**Reconocimiento del paciente**

| | |
|--|---------------|
| Firma del paciente o persona responsable: | Fecha: |
| Firma del miembro del personal clínico: | Fecha: |

Autorización del paciente para comunicaciones de texto por correo electrónico y SMS

Southern Nevada Allergy usará correos electrónicos y mensajes de texto SMS solo para recordatorios de citas y emergencias.

Las comunicaciones por correo electrónico de Southern Nevada Allergy están en un servidor encriptado. Southern Nevada Allergy no es responsable de los correos electrónicos que lleguen a destinatarios no deseados.

Reconozco que informaré a Southern Nevada Allergy de cualquier cambio de dirección de correo electrónico o teléfonos.

Entiendo que mi proveedor de servicios inalámbricos puede cobrarme por llamadas o mensajes de texto.

Con mi firma abajo reconozco que leí la Autorización para comunicaciones en Nevada de Southern Nevada Allergy vía correo electrónico y SMS, y el consentimiento para recibir dicha comunicación.

Reconocimiento del paciente

| | |
|--|-----------------------------|
| Nombre y apellido del paciente | Fecha de nacimiento: |
| Firma del paciente o persona responsable: | Fecha: |



Formulario de Consentimiento para Documentación Asistida por Inteligencia Artificial (IA)

En Southern Nevada Allergy, estamos comprometidos a brindar atención médica de alta calidad mientras incorporamos tecnología avanzada para mejorar la eficiencia y la precisión. Como parte de su atención, nuestros proveedores pueden utilizar tecnología de Inteligencia Artificial (IA) para asistir en la documentación de su visita médica. Esta documentación asistida por IA ayuda a agilizar el registro de las notas clínicas y a garantizar expedientes médicos completos y precisos, permitiendo al mismo tiempo que su proveedor se enfoque en usted durante su visita.

Comprensión de la Documentación Asistida por IA

- La tecnología de IA utilizada durante su cita ayuda a transcribir y resumir las conversaciones entre usted y su proveedor médico.
- La herramienta de IA no toma decisiones clínicas ni reemplaza la experiencia de su proveedor.
- La función de IA forma parte del sistema de expediente médico electrónico que su proveedor utiliza para documentar su historial médico.
- La herramienta de IA no comparte su información con terceros; toda la información se mantiene confidencial y encriptada.
- Su proveedor revisará, editará y finalizará toda la documentación generada por IA para garantizar su exactitud e integridad.
- Toda la documentación asistida por IA se maneja de conformidad con las regulaciones de HIPAA y las políticas de seguridad de datos de Southern Nevada Allergy para proteger su privacidad.

Su Consentimiento y Derechos

- La participación en la documentación asistida por IA es voluntaria. Usted tiene el derecho de rechazar su uso sin que ello afecte la calidad de su atención.
- Usted puede solicitar revisar las notas documentadas con asistencia de IA.
- Puede retirar su consentimiento en cualquier momento informando a su proveedor o al personal de la clínica.
- Usted tiene el derecho de que cualquier pregunta o inquietud relacionada con la documentación asistida por IA sea respondida por su proveedor médico.

Reconocimiento y Consentimiento

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y comprendido la información proporcionada sobre la documentación asistida por IA. Usted consiente su uso durante su(s) visita(s) médica(s) en Southern Nevada Allergy y reconoce que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas relacionadas con el uso de la documentación asistida por IA.

Reconocimiento del paciente

| | |
|--------------------------------|----------------------|
| Nombre y apellido del paciente | Fecha de nacimiento: |
|--------------------------------|----------------------|



SOUTHERN NEVADA ALLERGY

ALLERGY | ASTHMA | IMMUNOLOGY

| | |
|--|---------------|
| Firma del paciente o persona responsable: | Fecha: |
|--|---------------|



Cuestionario de evaluación de nuevos pacientes

| | | | | |
|--|----------------------|----|----------------|--|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: | | | |
| Proveedor que remite (si corresponde) y otros proveedores consultados regularmente: | | | | |
| Motivo de la consulta: | | | | |
| Síntomas nasales | | | | |
| ¿Ha tenido algún síntoma nasal? Si es la respuesta es Sí, ¿qué síntomas tuvo? | | | | |
| ¿Son estos síntomas: | | | | |
| ¿Todo el año? | Sí | No | No está seguro | |
| ¿Estacionales? | Sí | No | No está seguro | Si la respuesta es Sí, ¿en qué estaciones? |
| ¿Mejoran los síntomas con los viajes? (fuera del estado de Nevada)? | Sí | No | No está seguro | |
| ¿Empeoran los síntomas cuando está cerca de mascotas? | Sí | No | No está seguro | Si la respuesta es Sí, ¿con qué mascotas? |
| ¿Qué medicamentos ha probado para aliviar sus síntomas y le ayudaron? | | | | |
| Síntomas en los ojos | | | | |
| ¿Ha tenido algún síntoma en los ojos? Si es la respuesta es Sí, ¿qué síntomas tuvo? | | | | |
| ¿Son estos síntomas: | | | | |
| ¿Todo el año? | Sí | No | No está seguro | |
| ¿Estacionales? | Sí | No | No está seguro | Si la respuesta es Sí, ¿en qué estaciones? |
| ¿Qué medicamentos ha probado y le ayudaron? | | | | |
| Síntomas en los oídos | | | | |
| ¿Ha tenido algún síntoma en los oídos? Si es la respuesta es Sí, ¿qué síntomas tuvo? | | | | |



SOUTHERN NEVADA ALLERGY

ALLERGY | ASTHMA | IMMUNOLOGY

**Síntomas respiratorios**

¿Tiene algún síntoma respiratorio o en el pecho? Si es la respuesta es Sí, ¿qué síntomas?

¿Alguna vez le han diagnosticado asma? Sí No No está seguro Si la respuesta es Sí, ¿cuándo lo diagnosticaron?

¿Son estos síntomas:

¿Todo el año? Sí No No está seguro

¿Estacionales? Sí No No está seguro Si la respuesta es Sí, ¿en qué estaciones?

¿Sus síntomas empeoran con el ejercicio? Sí No No está seguro

¿Empeoran sus síntomas con el frío? Sí No No está seguro

¿Empeoran sus síntomas con las infecciones? Sí No No está seguro

¿Alguna vez lo han hospitalizado o fue a una sala de emergencias por sus síntomas respiratorios? Sí No No está seguro Si la respuesta es Sí, ¿cuándo?:

¿Con qué frecuencia tiene síntomas respiratorios?

¿Ha probado algún medicamento para sus síntomas respiratorios? Si es así, ¿cuáles fueron y lo ayudaron?

Síntomas en la piel

¿Ha tenido sarpullido? Si la respuesta es Sí, descríbalo.

Inmunodeficiencia/Infecciones recurrentes

¿Alguna vez le han diagnosticado una inmunodeficiencia? Sí No No está seguro Si la respuesta es Sí, ¿cuándo lo diagnosticaron? Describa el diagnóstico:

¿Tiene antecedentes de infecciones recurrentes? Ejemplo: neumonía; senos paranasales; infecciones cutáneas, fúngicas o víricas atípicas; abscesos, etc. Si la respuesta es Sí, descríbala.



SOUTHERN NEVADA ALLERGY

ALLERGY | ASTHMA | IMMUNOLOGY

**Alergias alimentarias, a medicamentos e insectos**

¿Tiene alguna alergia o reacción adversa a alimentos? Si la respuesta Sí, ¿a qué alimentos y qué sucedió?

¿Tiene alguna alergia o reacción adversa a medicamentos? Si la respuesta Sí, ¿a qué medicamentos y qué sucedió?

¿Tiene alergias o reacciones inusuales a los insectos que pican (abejas, avispas, hormigas rojas, etc.)? Si la respuesta es Sí, ¿cuál insecto y qué pasó?

Historia médica, quirúrgica y familiar

Seleccione abajo alguna o todas las condiciones médicas que le hayan diagnosticado:

Condiciones de los ojos

| | | |
|-----------|----------|-------|
| Cataratas | Glaucoma | Otra: |
|-----------|----------|-------|

Endocrino

| | | | | | |
|------------------|-------------------|-------------------------|----------------|-----------------|--------------------------|
| Diabetes, Tipo I | Diabetes, Tipo II | Tiroiditis de Hashimoto | Hipotiroidismo | Hipertiroidismo | La enfermedad de Addison |
|------------------|-------------------|-------------------------|----------------|-----------------|--------------------------|

Otra:

Oído, nariz y garganta

| | | |
|------------------------|-----------------|-------|
| Pérdida de la audición | Septum desviado | Otra: |
|------------------------|-----------------|-------|

Cardiovascular (corazón)

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------|---------------------------------|---|----------------------|--------------------------------|
| Presión arterial alta | Colesterol alto | Historia de un derrame cerebral | Enfermedades de las arterias coronarias | Historia de arritmia | Enfermedad vascular periférica |
|-----------------------|-----------------|---------------------------------|---|----------------------|--------------------------------|

Otra:

Respiratoria (pulmones)

| | | | |
|--|------|----------------------|-----------------------------|
| EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | Asma | Historia de neumonía | Historia de TB/PPD positivo |
|--|------|----------------------|-----------------------------|



SOUTHERN NEVADA ALLERGY

ALLERGY | ASTHMA | IMMUNOLOGY

Otra

Hígado y riñones

| | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|-------|
| Enfermedad del hígado | Pruebas de hígado anormales | Hepatitis | Enfermedad del riñón | Otra: |
|-----------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|-------|

Otros:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operación? Si la respuesta es Sí, haga una lista abajo:

Seleccione algún familiar que tenga las siguientes enfermedades:

| Alergias | Madre | Padre | Hermanas | Hermanos | Hijos | Otra |
|---------------------------|-------|-------|----------|----------|-------|------|
| Asma | Madre | Padre | Hermanas | Hermanos | Hijos | Otra |
| Eccema u otras erupciones | Madre | Padre | Hermanas | Hermanos | Hijos | Otra |
| Hinchazón (angioedema) | Madre | Padre | Hermanas | Hermanos | Hijos | Otra |
| Inmunodeficiencia | Madre | Padre | Hermanas | Hermanos | Hijos | Otra |
| Enfermedad autoinmune | Madre | Padre | Hermanas | Hermanos | Hijos | Otra |

Historia del entorno

¿Cuál es su trabajo?

¿Cuál es su situación de vivienda actual, qué tan antigua es la estructura y cuánto tiempo ha vivido allí?

| Casa | Condominio | Apartamento de dos plantas | Apartamento | Dormitorio universitario | Remolque |
|---|------------|----------------------------|-------------|--------------------------|----------|
| ¿Hay alfombras en su dormitorio? | Sí | No | | | |
| ¿Tiene filtros de aire en tu casa? | Sí | No | | | |
| ¿Hay cubiertas contra ácaros del polvo en su colchón o almohadas? | Sí | No | | | |
| ¿Hay algo con plumas en su cama (almohada, manta)? | Sí | No | | | |
| ¿Hay exposición al tabaco en su casa? | Sí | No | | | |



SOUTHERN NEVADA ALLERGY

ALLERGY | ASTHMA | IMMUNOLOGY

| | | | |
|--|----|----|----------------------------------|
| ¿Hay perros en su casa? | Sí | No | Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? |
| ¿Hay gatos en su casa? | Sí | No | Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? |
| ¿Hay pájaros en su casa? | Sí | No | Si la respuesta es Sí, ¿cuántos? |
| ¿Hay ratones, conejillos de indias, ratas, conejos o cualquier otro mamífero peludo en su casa? | | | Sí No |
| ¿Tiene problemas de moho en su casa? | | | Sí No |
| ¿Hay alguna exposición en el lugar de trabajo, pasatiempos o actividades recreativas que empeoren sus síntomas? | | | Sí No |
| Si la respuesta es Sí, especifique abajo: | | | |
| ¿Cuánto tiempo ha vivido en el área del sur de Nevada, dónde vivía antes de vivir en el sur de Nevada y cuándo vivió allí? | | | |

Tabaquismo y consumo de tabaco

Estado de tabaquismo:

| | | | |
|---|----|----------------------|--|
| ¿Ha fumado alguna vez tabaco u otras sustancias? | Sí | No | |
| ¿Sigue fumando? | Sí | No, ¿cuándo lo dejó? | |
| Si actualmente fuma, ¿cuánto fuma al día y durante cuánto tiempo? Ejemplo: número de cigarrillos al día, número de cigarros al día, etc.: | | | |

Diagnósticos y estudios previos

¿Le han hecho alguno de los siguientes estudios de diagnóstico por imágenes?

| | | | |
|-------------------------------|----|----|--------------------|
| Radiografía de tórax, CT, MRI | Sí | No | Cuándo/resultados: |
| CT de senos paranasales | Sí | No | Cuándo/resultados: |
| Otra: | | | |

¿Alguna vez se hizo una prueba cutánea? Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados?

¿Alguna vez ha usado inmunoterapia/inyecciones contra alergias/gotas para alergias? Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y lo ayudó?



SOUTHERN NEVADA ALLERGY

ALLERGY | ASTHMA | IMMUNOLOGY

Medicamentos actuales:

Haga una lista de sus medicamentos actuales (recetados y de venta libre), vitaminas y suplementos. ¿Cuándo inició cada uno?

Información de la farmacia

| | | |
|----------------------------------|-----------|------------------------------|
| Nombre de la farmacia preferida: | Teléfono: | Dirección o cruce de calles: |
|----------------------------------|-----------|------------------------------|