

ALLERGY QUESTIONNAIRE CUESTIONARIO DE ALERGIA

NAME: _____
NOMBRE

DATE: _____
FECHA

This allergy questionnaire lists symptoms and other factors most commonly found in people suffering from some form of allergy. Este cuestionario se enumeran los síntomas de alergia y otros factores encuentra más comúnmente en personas que padecen algún tipo de alergia.

Filling out and scoring this questionnaire should help you and your physician decide if you have an allergy problem, therefore determining whether any allergy testing needs to be done. Llenar y marcando este cuestionario deben ayudar a usted ya su médico a decidir si tiene un problema de alergia, por lo tanto, determinar si una prueba de alergia que hay que hacer.

For the "yes: answer, circle the "Point Score". Total your score and record it in the box at the end of the questionnaire. Para el "sí: respuesta, la vuelta al "puntaje". Sume el total y la inscribirá en el cuadro al final del cuestionario.

	Point Score número de puntos
Do you have any hay fever symptoms such as sneezing, watery eyes, nasal drainage and nasal itching? ¿Tiene algún síntomas de rinitis alérgica, como estornudos, ojos llorosos, Dränage nasal y prurito nasal?	4
Do you have chronic nasal congestion and/or post nasal drip? ¿Tiene la congestión nasal crónica y / o goteo nasal del poste?	3
Do you have sinus problems, frequent colds, headaches? ¿Tiene problemas de sinusitis, resfriados frecuentes, dolores de cabeza?	2
Do your eyes itch, water, get red, and/or swell? Haga su pican los ojos, el agua, enrojecimiento, y / o se inflama?	4
Do you have asthma, tight chest, and/or chronic cough? ¿Tiene asma, opresión en el pecho , y / o tos crónica ?	1
Do you have skin problems such as eczema, hives or itching? ¿Tiene problemas de la piel tales como eczema, urticaria o picazón?	2
Do you have indigestion, bloating, diarrhea or constipation? ¿Tiene indigestión, distensión abdominal, diarrea o estreñimiento?	1
Do you have chronic fatigue or tiredness? ¿Tiene la fatiga crónica o cansancio?	2
Are your symptoms seasonal or do they worsen when seasons change? Son sus síntomas estacionales o hacer que empeoren cuando cambian las estaciones?	4
Do you symptoms change when you are indoors/outdoors? ¿Es usted síntomas cambian cuando está en interiores / exteriores?	3
Are your symptoms worse in parks or grassy areas? Son sus síntomas peor en parques o zonas verdes?	4
Are your symptoms worse in the morning or after awaking? Son sus síntomas empeoran por la mañana o después de despertar?	2
Do your symptoms worsen when in contact with dust, while vacuuming, etc.? No empeoran sus síntomas cuando está en contacto con el polvo, mientras pasa la aspiradora, etc.?	4
Are your symptoms worse around animals? Son sus síntomas empeoren alrededor de los animales?	2
Do you have any close relatives with allergies? ¿Tiene parientes cercanos con alergias?	3

If your total score is: _____ Total: _____
Si su puntaje total es:

Under 8: Allergy is unlikely
Debajo 8: La alergia es poco probable
Over 20: Allergy is very likely
Encima 20: La alergia es muy probable

8-12: Allergy is possible
8-12: La alergia es posible

12-20: Allergy is probable
12-20: La alergia es probable

**Above 8 Allergy Testing is Recommended
Por encima de 8 pruebas de alergia se recomienda**

Office use only:

TEST: _____ DED: _____ IMMUNO COV: _____ PROV: _____ #UNIT _____