

Modelo de historia clínica relacionada con la alergia

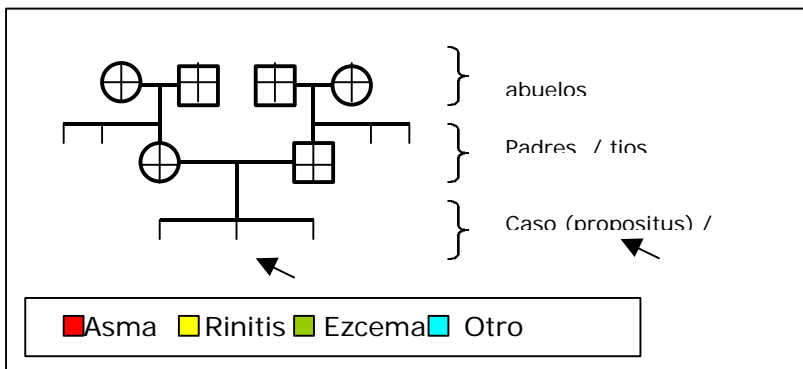
Nombre completo _____ fecha nacimiento _____
 fecha actual _____ Edad actual (años y meses) _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

	ASMA	RINOCONJUNTIVITIS	ECZEMA	OTRO
Padre	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	
Madre	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	
Hermanos	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	
Otro:	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	
Otro:	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	
Otro:	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	
Otro:	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	No - SI ahora-SI antes	

rodear con un círculo la opción correcta

ARBOL GENEALOGICO



ANTECEDENTES PERSONALES

EMBARAZO Y RECIEN NACIDO

Numero en la prole (utilizar 2º de 3, etc para indicar total de hermanos y su posición en la prole): ____ de ____
 Madre fumadora durante embarazo no si. Cigarrillo/ día 1º Trim ____ 2º trim ____ 3º Trim ____
 Somatometría RN peso _____ Talla _____ Permi craneal _____ P torácico _____
 Vacunado BCG no si

VACUNACIONES. Calendario vacunal correcto no si

BRONQUIOLITIS

no si: edad _____ ¿precisó ingreso?: _____
 ¿Episodios de sibilancias los 12 meses siguientes? no si : numero _____

CALENDARIO DE CRISIS DE ASMA

(marcar con una cruz el mes de vida en la que tuvo un episodio y con una cruz en rojo la bronquiolitis)

1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
2 a	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	3 a	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4 a	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	5 a	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
6 a	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	7 a	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8 a	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	9 a	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
10	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	1m	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

M: meses a: año

ENTORNO DEL NIÑO

ESTRUCTURA FAMILIAR

NUMERO DE CONVIVIENTES EN EL HOGAR: ____

UNIDAD FAMILIAR COMPUESTA POR: madre padre hermanos, nº ____ otro: _____

COMENTARIOS (padres Separados, viudedad, etc) _____

TABACO

TABACO AHORA No si padre si madre, si otros (indicar): _____

TABACO ANTES No si padre si madre, si otros (indicar): _____

VIVIENDA

DOMICILIO ACTUAL : piso casa nueva casa antigua

¿tienen cuerdas-establos-huerta? NO SI: concretar _____

¿siempre ha vivido en el mismo lugar?: SI No: explicar variaciones: _____

¿cómo es la casa? Seca húmeda muy húmeda

OTROS DOMICILIOS (veraneo, fines de semana...) piso casa nueva casa antigua

¿tienen cuerdas-establos-huerta? NO SI: concretar _____

Tiempo que permanece en ese domicilio: _____

¿cómo es la casa? Seca húmeda muy húmeda

HABITACION DEL NIÑO

¿tiene habitación propia? SI NO. Indicar con cuántos la comparte _____

Tipo de colchón (lana, esponja, etc) _____ Tipo de almohada (lana, esponja, etc) _____

	SI	NO
La habitación es húmeda		
La habitación tiene ventana		
Tiene alfombras /moqueta		
Tiene estanterías con libros		
Tiene cortinas/visillos		
Tiene fundas antiacaros		

Marcar con una cruz

ANIMALES

EN LA ACTUALIDAD ¿tienes contacto con animales?

NO gato perro vaca ovino caballo otro: _____

¿desde cuando? _____

¿dónde tiene contacto con ellos? En el domicilio actual en otro domicilio

EN EL PASADO ¿tuvo contacto con animales?

NO gato perro vaca ovino caballo otro: _____

¿hace cuánto tiempo? _____ ¿durante cuánto tiempo? _____

SINTOMATOLOGIA SUGERENTE DE ALERGIA o ATOPIA

Dermatitis seborreica RN	No - SI ahora-SI antes	
Eczema del lactante	No - SI ahora-SI antes	
Eczema infantil	No - SI ahora-SI antes	
Alergia alimentaria	No - SI ahora-SI antes	A cual:
Intolerancia alimentaria	No - SI ahora-SI antes	A cual
Urticaria	No - SI ahora-SI antes	Causa
Alergia medicamentosa	No - SI ahora-SI antes	A cual
Anafilaxia	No - SI ahora-SI antes	A cual
Reacciones vacunales anormales	No - SI ahora-SI antes	A cual
Rinitis estacional perenne	No - SI ahora-SI antes	
Conjuntivitis estacional perenne	No - SI ahora-SI antes	
Otitis serosa	No - SI ahora-SI antes	
Neumonías	No - SI ahora-SI antes	Numero

SITUACIONES EN LAS QUE APARECEN SINTOMAS DE ASMA

	sibilancias	tos	Disnea	Rinitis	ocular	especificar
Al acostarse						
Durante la noche						
Al levantarse						
Durante la limpieza						
En el establo-cuadra						
En la huerta-finca-jardin						
En zonas verdes						
De excursión (caminando)						
Con el ejercicio-deporte						
En bicicleta						
Viajando en coche - bus						
Con humedad-niebla-lluvia						
De paseo por bosque-río						
En contacto con animales						
Al tomar medicinas, aspirina...						
Con catarros						
Con alimentos						
Con humos / tabaco/ pinturas						
Al entrar en casas cerradas						
En casa de algun familiar						
En situaciones de stress						

Marcar con una cruz

EXPLORACIÓN FÍSICA

PIEL

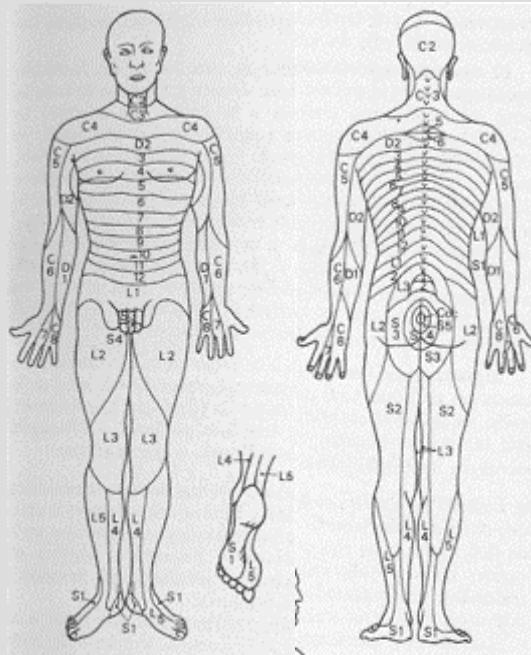
	SI	NO
Piel seca		
Eczema en pliegues		
Eczema facial		
Eczema en placas		
Dermatitis plantar		
Dermatitis pilaris		
Denie-Morgan		
Otro:		
Otro:		

Marcar con una cruz

NARIZ-OJOS

	SI	NO
Rinorrea		
Inflamacion mucosa dcha		
Inflamacion mucosa dcha		
Hipertofia cornete dcho		
Hipertorifa cornetes izdo		
Eczema palpebral dcho		
Eczema palpebral izdo		
Conjuntivitis dcha		
Conjuntivitis izda		
Otro:		
Otro:		

Marcar con una cruz



TORAX

Aspecto general (configuración, dismetrias, pectus excavatum, etc) _____

normal

Auscultación (ruidos adventivos, sibilancias, roncus, crepitantes, simetria ventilatoria, murmullo vesicular) _____

normal

frecuencia cardiaca _____ frecuencia respiratoria _____

¿está en la actualidad en crisis? si no