

Alergia e Inmunología Pediátrica



Kirsi Jarvinen-Seppo, MD, PHD, Directora  
Jessica Stern, MD, MS  
Theresa Bingemann, MD  
Emily Weis, MD, MS  
Katherine Tuttle, MD  
Jennifer Pier, MD  
Amy Burris, MD

Sarah Eichelberger, MSN, PNP-C  
Lindsey Melcher, RN, BSN  
Lauren Pedro, RN, BSN  
Catherine Cannan, RN, BSN  
Elizabeth Roman, RN, BSN  
Brianna Schmidt, RD, CSP  
Amy Fromm, MS, RD, CDN

Su hijo ha sido derivado por su proveedor de atención primaria para una consulta en la División de Alergia e Inmunología Pediátrica de Golisano Children's Hospital en Strong el:

\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ en el 6th piso  
(Fecha) (Hora) (Proveedor)

\*Llegue 20 minutos antes de manera que haya tiempo para estacionarse y registrarse.\*

**\*Debido a las restricciones causadas por el COVID-19, podemos recibir en la consulta a ambos padres o tutores legales, pero no a ningún miembro adicional de la familia (ej. Hermanos/as) durante la**

La Clínica de Alergia e Inmunología Pediátrica está ubicada en el sexto piso del Edificio de Atención Ambulatoria de Strong Memorial Hospital (consulte la siguiente página para ver el mapa y las direcciones para llegar a nuestro consultorio).

**Anticipe un tiempo de al menos 2 horas para la cita.**

Si tiene alguna pregunta general o no puede asistir a la cita, llame a nuestro consultorio al número a continuación al menos 24 horas antes de la visita programada:

601 Elmwood Ave Box 777  
Rochester, NY 14642  
Núm. de teléfono 585-276-7190  
Núm. de fax 585-756-8054

**Visite nuestro sitio web para obtener un recorrido en línea para niños sobre “Qué esperar en su visita por motivos de alergia”**

<https://golisano.urmc.edu/allergy>

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. En caso de una emergencia fuera del horario laboral normal, se le conectará con nuestro servicio contestador quien se comunicará con el médico de guardia.

Si aún no lo ha hecho, nos gustaría animarle a que se registre en **My Chart**, que le permite verificar los laboratorios, solicitar citas o enviarnos preguntas y solicitudes de forma segura a través de un portal para pacientes. Puede inscribirse visitando <https://mychart.urmc.rochester.edu/mychart/> o llamando al 585-275-8762 o 888-661-6162.





**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fec. Nac. \_\_\_\_\_

Núm. de HM del paciente: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del proveedor: \_\_\_\_\_

Representante personal\*:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*\* consulte la Política de HIPAA OP16 Representante personal*

**1. RIESGO DE USAR EL CORREO ELECTRÓNICO**

La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:

- a) El correo electrónico puede hacerse circular, reenviarse, almacenarse electrónicamente e imprimirse en papel, y transmitirse a destinatarios no deseados.
- b) Los remitentes de mensajes de correo electrónico pueden confundir fácilmente un correo electrónico.
- c) Pueden existir copias de seguridad del correo electrónico incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- d) Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a inspeccionar el correo electrónico transmitido a través de sus sistemas.
- e) El correo electrónico puede ser interceptado, modificado, reenviado o usado sin autorización o detección.
- f) El correo electrónico se puede usar para introducir virus en los sistemas informáticos.

**2. CONDICIONES PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO**

## Questionario del paciente

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Proveedor remitente o Proveedor de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor remitente: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

¿Qué preguntas/inquietudes específicas son las más importantes abordar en la visita de hoy?

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos/quirúrgicos** (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

Indique qué diagnósticos se le han realizado a su hijo:

\_\_\_ Rinitis alérgica (fiebre  
del heno)

\_\_\_ Tos alérgica

\_\_\_ Angioedema

\_\_\_ Asma/Vías respiratorias  
reactivas

\_\_\_ Dermatitis atópica/Eccema

\_\_\_ Bronquiolitis/Bronquitis

\_\_\_ Dermatitis de contacto

\_\_\_ Alergia a medicamentos

\_\_\_ Infecciones de oído  
(recurrentes)

\_\_\_ Esofagitis eosinofílica

\_\_\_ Enfermedad por reflujo  
esofágico

\_\_\_ Alergia alimentaria

\_\_\_ Infecciones frecuentes  
de las vías respiratorias  
superiores

\_\_\_ Urticaria

\_\_\_ Inmunodeficiencia

\_\_\_ Alergia a picaduras  
de insectos

\_\_\_ Pólipos nasales

\_\_\_ Lupus/Enfermedades  
reumatológicas

\_\_\_ Neumonía

\_\_\_ Sinusitis (crónica)

**Otro antecedente médico** \_\_\_\_\_

Adenoidectomía

Sí

No

Tonsilectomía

Sí

No

Cirugía sinusal

Sí

No

Tubos auditivos

Sí

No

Otro antecedente quirúrgico \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha visto a un **alergólogo** en el pasado? Sí No

Si su respuesta es Sí, proporcione el nombre del médico \_\_\_\_\_

¿A su hijo se le han realizado pruebas **cutáneas** para detectar alergias en el pasado? Sí No



**Revisión de los sistemas:**

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes síntomas que su hijo **experimenta actualmente**:

- |  |                          |                          |                                |                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Secreción nasal                        | Sibilancias              | Dolor abdominal          | Hinchazón                      | Irritabilidad        |
| Congestión nasal                       | Tos                      | Vómitos                  | Sarpullido                     | Dolor de cabeza      |
| Picazón en los ojos/nariz              |                          | Dificultad para respirar | Diarrea                        | Urticaria            |
| Aumento de peso/crecimiento deficiente |                          |                          | Estornudos                     | Opresión en el pecho |
| Sangre en las heces                    | Infecciones recurrentes  |                          | Dolor de garganta              |                      |
| Voz ronca                              | Dificultad para deglutir |                          | Ganglios linfáticos inflamados |                      |
| Goteo posnasal                         | Ronquidos                | Acidez/reflujo           | Fiebre                         |                      |

**Antecedentes familiares:**

**Desconocido (niño adoptado):**    Sí    No

- |                                |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|
| Alergia alimentaria*           |  |  |  |
| Rinitis alérgica / Alergias    |  |  |  |
| Asma                           |  |  |  |
| Dermatitis atópica / Eccema    |  |  |  |
| Esofagitis eosinofílica        |  |  |  |
| Picadura de abeja / Alergia al |  |  |  |
| Inmuno deficiencia             |  |  |  |

¿Qué alimentos están excluidos de la dieta de su hijo?

¿Cuáles de estos alimentos, si los hay, no están estrictamente excluidos (por ejemplo, en pequeñas cantidades como un ingrediente)?

Enumere cualquier alimento que se evite simplemente por pruebas o consejos previos (nunca ha habido una reacción o ingestión):

¿Su hijo se queja de picazón en la boca después de comer frutas o verduras crudas?  
 Sí No

**Antecedentes de Eccema/Dermatitis atópica** (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

¿Cuáles son los desencadenantes de los brotes de eccema?

¿Con qué frecuencia se baña su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto dura el baño? \_\_\_\_\_

¿Qué jabón/limpiador usa? \_\_\_\_\_

¿Qué humectante usa? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos (tópicos u orales) han sido útiles?

¿Qué medicamentos no han sido útiles?

¿Hay picazón durante el día? Sí No

¿Hay picazón durante la noche? Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿esto afecta el sueño? Sí No

¿Qué ha usado para controlar la picazón?

¿Alguna vez se ha infectado la piel, lo cual requirió el uso de antibióticos?

**Antecedentes de alergias ambientales** (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

Sí No

¿Su hijo tiene síntomas alérgicos durante ciertas estaciones?

Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿qué estación y qué tipo de síntomas?

Primavera \_\_\_\_\_ Verano \_\_\_\_\_

Otoño \_\_\_\_\_ Invierno \_\_\_\_\_









