

Allergy A.R.T.S.

Asthma, Rheumatology Treatment Specialists



6842 Plum Creek Dr.
Amarillo, TX 79124
806.353.7000 Fax:
806.353.8726
www.allergyarts.com

Instructions for Allergy Testing:

This is a list of medications not to be taken 48 hours prior to allergy testing:

Xyzal (Levocetirizine)
Allegra (Fexofenadine)
Clarinox (Desloratadine)
Claritin (Loratadine, Alavert, Tavist ND)
Zyrtec (Cetirizine)
Benadryl (Diphenhydramine)
Atarax (Hydroxyzine)
Cough, cold and sinus medications.
Medications that are P.M. medications (Tylenol P.M., Excedrin P.M. etc)
Stomach medications: (Zantac, Ranitidine, Pepcid, Axid, Tagamet)
Phenergan (Hydroxyzine, Vistaril)
Meclizine (Antivert, Bonine, Meclivert, Meclicot, Meni-D, Bonamine)

If you are taking Prednisone please call the clinic and speak with a testing nurse regarding further instructions for allergy testing.

If you have had a steroid injection or steroid medication in past 3 weeks please contact the testing department so that we can reschedule or change your appointment to a consult.

If you are using an inhaler DO NOT stop these.

You may use your nasal sprays except for Astelin (Azelastine) and Patanase (Olopatadine) nasal spray.

All other medications are to be taken as ordered.

Please bring a list of your medications and dosage of medications with you to your appointment.

Please be advised that the first testing appointment may take up to 3-4 hours to be completed.

If you have any questions about whether a medication has an antihistamine or if you should continue to take it or not, please call Allergy A.R.T.S. testing department at 806-353-7000.

ALLERGY A.R.T.S., LLP
6842 PLUM CREEK DR.
AMARILLO, TEXAS 79124

REGISTRATION FORM

DATE _____
PATIENT _____ SEX: M F DOB _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

MAILING ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

PHONE (_____) _____ COUNTY _____ MARITAL STATUS _____

DRIVER'S LICENSE # _____ STATE _____ SOCIAL SECURITY # _____

EMPLOYER _____ PHONE(_____) _____

SPOUSE _____ SPOUSE'S SOCIAL SECURITY # _____

SPOUSE'S EMPLOYER _____ PHONE (_____) _____

EMERGENCY CONTACT NAME _____ PHONE (_____) _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

RESPONSIBLE PARTY (IF OTHER THAN PATIENT)

DOB _____ SOCIAL SECURITY # _____ PHONE (_____) _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

REFERRING PHYSICIAN'S NAME _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

*PAYMENT IS DUE AT THE TIME SERVICES ARE RENDERED

PATIENT OR GUARDIAN SIGNATURE _____

PRIMARY INSURANCE

INSURANCE COMPANY _____ POLICY _____

GROUP _____ PHONE(_____) _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

EMPLOYER _____ NAME OF INSURED _____

GUARANTOR'S RELATIONSHIP TO PATIENT _____ DOB OF INSURED _____

SECONDARY INSURANCE

INSURANCE COMPANY _____ POLICY _____

GROUP _____ PHONE(_____) _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

EMPLOYER _____ NAME OF INSURED _____

GUARANTOR'S RELATIONSHIP TO PATIENT _____ DOB OF INSURED _____

Asthma, Allergy, and Immunology Review (Revision de Asma, Alergia, e Inmunologia)

DATE (Fecha) _____

NAME (Nombre) _____ AGE (Edad) _____

OCCUPATION (Ocupacion) _____

Give a brief description of your workplace or school (Dé una breve descripción de su lugar de trabajo o escuela) :

REFERRED BY (Referido For) _____

Please answer all the questions on all seven pages to the best of your ability. Base your answers on your own observations and not on what you have been told by others or what you may have presumed on the basis of previous allergy tests. Complete the questionnaire before you see the physician as the information will organize your thoughts and facilitate understanding of your case. *(Conteste por favor a todas las preguntas, en las siete páginas, al mejor de su capacidad. Base sus respuestas en sus propias observaciones, y no en lo que otros le han dicho, o-qué usted pudo haber presumido en base de pruebas anteriores de la alergia. Termine el cuestionario antes de que usted vea a/ medico, pues la información organizará sus pensamientos y facilite comprensión de su caso.)*

I. Describe in your own words your symptom(s) which might reflect your allergic/exaggerated reaction. **(Describe en sus propias palabras sus sintoma(s) que pudo reflejar su reacción alérgica/exagerado.)**

II. Check the boxes and complete the blanks which apply to your symptoms. *(Marque las cajas y complete los espacios en blanco que se aplican a sus síntomas.)* _____

Do you wear contacts? _____ ((Usted usa lentes de contacto? _____)

A. <u>Eye symptoms (Sintomas del ojo) :</u>	Present Problem <i>(Actuales problemas)</i>	Past Problem <i>(En el pasado)</i>
Itching (Picazon)	_____	_____
Watering (Lloroso)	_____	_____
Redness (Rojos)	_____	_____
Swelling (Hinchazon)	_____	_____
Burning (Ardiente)	_____	_____
Dryness (Sequedad)	_____	_____
Foreign body sensation (Sensacion de objeto extraño en el ojo.)	_____	_____

B. Symptoms in the upper respiratory tract - nose, sinus, throat, Eustachian tubes, voice box. *(Síntomas superiores de la zona respiratoria - nariz, seno, garganta, tubo eustachiano, caja de la voz.)*

	Present Problem <i>(Actuales problemas)</i>	Past Problem <i>(En el pasado)</i>
Itching (Picazon)	_____	_____
Sneezing (Estornudo)	_____	_____
Congestion (Congestion)	_____	_____
Headache (Dolor de cabeza)	_____	_____
Obstruction (Obstruccion)	_____	_____

Drainage (<i>Drenaje</i>)	_____	_____
Soreness (<i>Dolor</i>)	_____	_____
Dryness (<i>Sequedad</i>)	_____	_____
Hoarseness (Ronco)	_____	_____
Hearing Loss (<i>Pérdida de oído audiciencia</i>)	_____	_____
Polyps (<i>Polyps</i>)	_____	_____
Impaired Smell/Taste (<i>Pérdida de o/or/sabor</i>)	_____	_____
Snoring (<i>Roncar</i>)	_____	_____

C. Symptoms of the lower respiratory tract - windpipe, bronchi, lungs. (*Sintomas de la zona respiratoria más baja - tráquea, bronquios, pulmones.*)

	Present Problem <i>(Actuales problemas)</i>	Past Problem <i>(En el pasado)</i>
Itching (<i>Picazón</i>)	_____	_____
Coughing (<i>Tos</i>)	_____	_____
Sputum production (<i>Producción del esputo</i>)	_____	_____
Congestion/Tightness (<i>Congestión/Tirantez</i>)	_____	_____
Wheezing (<i>Respiración Sibilante</i>)	_____	_____
Shortness of breath (<i>Falta de respiración</i>)	_____	_____
Pain (<i>Dolor</i>)	_____	_____

D. Symptoms in the stomach and digestive system which you suspect might be allergic. (*Sintomas en e/ estómago y el sistema digestivo que usted le fuerza sospechar sea alergia.*)

	Present Problem <i>(Actuales problemas)</i>	Past Problem <i>(En el pasado)</i>
Pain or difficulty swallowing (<i>Dolor/dificultad al tragar</i>)	_____	_____
'Nausea or vomiting (<i>Nausea o Vómito</i>)	_____	_____
Heartburn/ Indigestion (<i>Acidez/Indigestion</i>)	_____	_____
Abdominal Cramping (<i>Calambres abdominales</i>)	_____	_____
Constipation/Diarrhea (<i>Estreñimiento/Diarrea</i>)	_____	_____

E. Hives (*Ronchas*)

Giant Swelling (*Gran Hinchazón*) _____

F. Eczema (*Eczema*)

G. Skin reaction to (*Reacción de la piel a*) :

Poison ivy/oak (**Zumaque venenosos/Roble**) _____

Metal (*Metal*) _____

Yellow Jacket Sting (*Avispas rayas amarillas*) _____

Other stinging insects _____

(Picaduras de otros insectos) _____

H. Reaction to (*Reacción a*) :

Bee (*Abeja*) _____

Wasp (*Avispa*) _____

Hornet (*Avispón*) _____

Yellow Jacket Sting (*Avispas rayas amarillas*) _____

Other stinging insects (*Picaduras de otros* _____

insectos) _____

I. Reaction to immunizations (**Reacción a inmunizaciones**)

J. Reaction to drugs? (*Reacción a /as drogas?*) _____

Penicillin (date/year last taken) _____

(Penicilina) último fecha y año tomado _____

Aspirin (date/year taken last) _____

(*Aspirinas*) **Ultimo fecha y a t tomado** _____

Continued	Present Problem	Past Problem
Reaction to drugs? ((<i>Reacción a las drogas?</i>))	(<i>Actuales problemas</i>)	(<i>En el pasado</i>)
Sulfa (Sulfamida)		
Nose drops/sprays (<i>gotas/aerosoles de la nariz</i>)		
Sedatives (Sedativos)	_____	_____
Pain relivers (Mitigadores del dolor)	_____	_____
Hormones (Hormonas)	_____	_____
Antihistamines (<i>Antihistaminas</i>)	_____	_____
Cortisone (<i>Cortisona</i>)	_____	_____
X-ray Dye (<i>Tinte de la radiografía</i>)	_____	_____
Others (Otros)	_____	_____

K. Seasonal aspects of symptoms (*Aspectos estacionales de síntomas*) :

- Spring (March-April-May)
(Primavera, Marzo-Abril-Mayo)
- Summer (June-July-August)
(Verano, Junio-Julio-Agosto)
- Autumn (Sept-Oct-Nov)
(Otono, Septiembre-Octubre-Noviembre)
- Winter (Dec-Jan-Feb)
(Invierno, Diciembre-Enero-Febrero)

L. How many ordinary colds and flu illnesses have you had in the last year? # _____
(, *Cuántos y enfermedades ordinarios de la gripe o catarro ha tenido en el oho pasado? # _____*)

How many colds and flu on average in the last five years? # _____
(*En promedio, cuántos refriados (catarro) y gripe ha tenido en los cinco años pasados? # _____*

What proportion (0,10,25,50,75,90,100%) of these are complicated by:
(*Qué proporción de éstos (0,10,25,50,75,90,100%) se complican cerca*):

Ear infection (***infección del oído***) _____ %

Ear ache (***Dolor del oído***) _____ %

Decreased hearing (***Perdido de la audicien***) _____ 0₀

Sinusitis (***Sinusitis***) _____ 0₀

Pressure or discolored drainage (***Presión o drenaje descolorado***) _____ 0₀

Bronchitis or cough with discolored sputum (***Bronquitis o tos con esputo descolorado***) _____ 0₀

Asthma, chest tightness, wheezing (***Bronquitis, tirantez del pecho, respiración sibilante***) _____ %

What proportion (0,25,50,75,90,100%) required antibiotics for resolutions? _____ %
(*Qué proporción requirib los antibióticos para la resolución?*) _____ 0₀

M. Which antibiotic(s) work(s) best for you? (*1Cuáles antibióticos trabajan to más mejor posible para usted?*)

N. Have you tried any of the medications listed below **((Usted ha intentado cualesquiera de las medicaciones enumeradas abajo?))** :

	Received (Recibido)	% Relief (%Provechoso)	Side Effects (Efectos secundarios)
1. Zyrtec			
2. -Claritin			
3. Clarinex			
4. Allergra			
5. Allergra D			
6. Xyzal			
7. Flonase			
8. Rhinocort			
9. Nasacort			
10. Nasonex			
11. Flovent			
12. Astelin			
13. Advair			
14. Serevent			
15. Singular			
16. Accolate			
17. Theophylline			
18. Azmacort			
19. Pulmicort			
20. Xopenex			
21. Aerobid			
22. Vanceril			
23. Asmanex			
24. Proventil			
25. Atrovent			
26. Over the counter antihistamines (Antihistaminas que se venden sin receta)			

Check or complete the correct answers to describe your residence and workplace:

(Marca o complete la respuesta correcta para describir su residencia y lugar de trabajo):

Type of dwelling **(Tipo de residencia)** :

House **(Casa)** _____
 Condominium **(Condominio)** _____
 Mobile/Motorhome **(Casa móvil/Autocaravana)** _____

Apartment (Apartamento)
 Dormitory (Dormitorio)

Location of dwelling **(Localización de residencia)** :

Seashore **(Orilla del mar)** _____
 _____ Country **(Campo)**
 Mountain **(Montana)** _____

City **(Ciudad)** _____
 Desert **(Desierto)**

Age of dwelling **(Edad del hogar)** _____

Years of occupancy **(Cuanto años en su hogar)** _____

Obvious mildew/moldspore **(Moho obvio)** _____

Roaches **(Cucarachas)** _____

Central (Central) :
 Heating (Calefacción o calentador) _____ Air conditioner (Acondicionador de aire)
 Humidifier (Humectador) _____ Filter type (Tipo del filtro)

Bedroom (Dormitorio) :
 Heating (Calefacción o calentador) _____ Air
 conditioner (Acondicionador de aire)
 Humidifier (Humectador) _____
 _____ Filter type (Tipo del filtro)

Bedroom floor coverings (Cubiertas de piso del dormitorio) :
 Carpet (Alfombra) _____ Wood (Madera)
 Cement (Cemento) _____ Linoleum/tile (Linóleo/baldosa)

Bed mattress (Colchón de la cama) :
 Conventional (Conventional) _____ Water (De agua)
 Age in years (Edad en años) _____
 _____ Allergen encasement (Encajonamiento a/ergénico)

Pillows (Aimohadas) :
 Feather/Down (De plumas/plumón) _____ Foam
 rubber (Caucho de espuma) _____
 Dâcrdn/Synthètic (D crôn/sintético) _____ Age in years
 (Edad en años) _____

Indoor animals (Animates de interior) :
 Cat (Gato) _____ Dog (Perro) _____ Bird (Pájaro) _____ Other (Otro) _____

Outdoor animals (Animales exteriores) :
 Cat (Gato) _____ Dog (Perro) _____ Horse (Caballo) _____ Other (Otro) _____

IV.

Daily contact with other animals (Contacto cada día con otros animates) :
 Cat (Gato) _____ Dog (Perro) _____ Bird (Pájaro) _____ Other (Otro)
 Check appropriate box for symptoms aggravated or precipitated by exposure or during (**Compruebe la caja apropiada para saber si hay síntomas agravados o precipitados por la exposition o durante de**) :

	Eyes (Ojos)	Nose (Nariz)	Chest	Digestive	Hive (Ronchas)	Eczema (Eczema)
		Sinus (Sin)			Swelling (Hinchazon)	
	Ears (Oídos)					
Sleep (Sueno)						
On awakening (Al despertar)						
At work (En el trabajo)						
At play (En el juego)						
Vacations (Vacaciones)						
Exercise (Ejercicio)						
Heat (Ca/or)						
Cold (Frio)						
Dampness (Humedad)						
Air conditioning (Aire acondicionado)						
Weather changes (Cambios del tiempo)						
Emotional upset, laughter, etc (Emociones-trastorno, risa, etc)						
Sunlight (Luz del sol)						
Irritant fumes/aerosoles/sprays (Humos irritantes, aerosoles)						

Continued.....

Check appropriate box for symptoms aggravated or precipitated by exposure or during (**Compruebe la caja apropiada para saber si hay síntomas agravados o precipitados por la exposición o durante de**) :

	Eyes (Ojos)	Nose (Nariz) Sinus (Sine)	Chest	Digestive	Hive (Ronchas) Swelling (Hinchazon)	Eczema (Eczema)
		Ears (Oidos)				
Smog (Niebla contaminada con humo)						
Cosmetic/Perfumes (Perfume o cosméticos)						
Tabacco smoke (Hume del tabaco)						
Newprint (Pape/ de periOdico)						
House dust (Polvo de la casa)						
Road dust (Polvo de camino)						
Cats (Gatos)						
Dogs (Pérrros)						
Birds/feathers (Pâjaros/plumas)						
Other animals (Otros animales)						
Egg (Huevo)						
Milk/dairy products (Leche/productos lâcteos)						
Wheat/wheat products (Trigo/productos del trigo)						
Corn/corn products (Maiz/productos del maiz)						
Strawberries/other berries (Fresas/otras bayas)						
Peanut/other nuts (Cacahuetes/otras nuezes)						
Shrimp/lobster/other seafood (Camaron/langosta/otro maricos)						
Fish (Pescados)						
Dried fruit (Fruta secada)						
Restaurant meals (Comidas del restaurants)						
Beer/wine (Cerveza/vino)						
Chocolate (Chocolate)						
Other foods (otras comidas)						
Menstrual cycle (Ciclo menstrual)						
Other (Otro)						

Complete the blanks or check the characteristics that best describe yourself (**Marque las caracterlsticas que le describen to más mejor posible**) :

Number of days of work/school missed in the past year (**De el número de dias que faltô de trabajo o escuela en el Ultimo a ft**) ? _____

Number of practitioners seen in the last year (**NUmero de medicos que usted ha visto en el ano pasado**) ? _____

Number of emergency/urgent care visits in the past year (*Número de visitas a la emergencia en el año pasado*) ? _____

Number of days in the hospital in the past year (*Número de días en el hospital en el último año*) ? _____

Aerobic type exercise (*Tipo de ejercicio aerobio*) ? _____
 Hours per week (*Horas por semana*) ? _____

Packs of cigarettes smoked per day (*Cuántos paquetes de cigarrillos fuma por día*) ? _____
 Other tobacco per week (*Otro tipo de tabaco por semana*) ? _____

Bottles of beer per week (*Botellas de cerveza por semana*) ? _____
 Alcoholic drinks per week (*Bebidas de alcohol por semana*) ? _____

Smokers in residence (*Fumadores en la residencia*) ? _____
 Relationship (*Relación*) _____

Family history of allergy (*Antecedentes familiares de la alergia*) ?

VI.

	Nose (<i>Nariz</i>) Sinus (<i>Sine</i>) Ears (<i>oidos</i>)	Chest	Digestive	(<i>Ronchas</i>) Swelling	Eczema
Eyes (<i>Ojos</i>)					
Mother (<i>Madre</i>)					
Father (<i>Padre</i>)					
Siblings (<i>Hermanos</i>)					
Children (<i>Hijos</i>)					

Year of last immunization for (*Año de la inmunización pasada Para*) :

Influenza (*Gripe*) _____ Pneumonia (*Pulmonia*) _____
 Tetanus (*Tétanos*) _____ Measles (*Sarampión*) _____

Please list your current medications, dosage, route, and frequency taken (*Enumere por favor sus medicaciones, dosificación, ruta, y frecuencia actuales tomada*).

Please list surgeries that you've had and the month and year of surgery (*Enumere por favor las cirugías/operación que usted ha tenido y el mes y el año de la cirugía/operación*).

Patient/Parent Signature (*Firma del paciente o del padre*)

Date (*Fecha*)