

EAR, NOSE AND THROAT ASSOCIATES OF CHESTER COUNTY

CUESTIONARIO DE SENOS NASAL

Nombre _____ **Fecha** _____
Apellido Nombre Inicial

1. ¿Qué síntomas molestan más? _____

2. ¿Ha tenido una examen CT previa de los senos? ____ Sí ____ No _____ (Fecha(s))

3. Fecha y tipo de cirugía previa de nasal o de seno: _____

4. ¿Qué quiere como resultado de tratamiento nasal o de seno? _____

5. En una escala de 0 (ningunos) a 10 (terribles, incapacitados), por favor marca la seriedad de sus síntomas:

* Congestión nasal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
* Drenaje nasal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Color _____	
* Goteo de pos-nasal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
* Aliento malo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
* Trastornos visuales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
* Congestión de oreja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
* Tos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
* Oler	No oler	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Oler normal
* Dolor de cara		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

¿Dónde está el dolor? _____

¿Con qué frecuencia le duele? _____

Describe el tipo del dolor: _____

¿Qué alivia el dolor? _____

* Jacqueca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
* Dolor de cabeza por la tensión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
* Otro tipo de dolor de cabeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Describa el dolor de cabeza _____

¿Qué alivia el dolor? _____

¿Tiene náusea? ____ Sí ____ No

¿Vomita? ____ Sí ____ No

¿Ha visitado a un neurólogo? ____ Sí ____ No

6. En conjunto, en una escala de cero (sin ningunos síntomas) a diez (lo peor que siente sin precedente), Por favor indique como se siente ahora:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Ha sido examinado para alergias? ____ Sí ____ No

Si sí, fecha: _____ Nombre del especialista de alergias: _____

¿A qué está alérgico? _____

8. ¿Qué tipo de tratamiento toma para sus alergias? _____

9. Si hay algo más que Ud. nos quiere decir, escríbalo aquí: _____
