

1. En general, ¿cómo clasificaría su salud?

- 1. _____ Excelente
- 2. _____ Muy buena
- 3. _____ Buena
- 4. _____ Regular
- 5. _____ Mala

2. Por favor, indique la cantidad de molestia que Ud. tiene en su vida debido a sus problemas de rinosinusitis:

- 1. _____ No hay molestias
- 2. _____ Un poco de molestia, pero no mucho
- 3. _____ Más molestia que un poco, pero no tanto
- 4. _____ Mucha molestia
- 5. _____ Molestia en extremo

3. ¿Cuánto tiempo ha tenido los síntomas actuales?

- 1. _____ No tengo ningún síntoma ahorita
- 2. _____ 2-4 semanas
- 3. _____ Más de 4 semanas pero menos de 6 semanas
- 4. _____ 6 semanas a 3 meses
- 5. _____ Más de 3 meses
- 6. _____ No estoy seguro/a

4. ¿Qué medicamentos o tratamientos está tomando o ha tomado desde que empezó a tener sus síntomas presentes? (Indique todos que se apliquen a su caso)

- 0. _____ Ninguno
- 1. _____ Métodos sin medicamentos (por ejemplo: inhalaciones de vapor, paquetes calientes (por ejemplo para poner en la frente o en los ojos)
- 2. _____ Spray de salina nasal, pastillas de garganta o emolientes nasales
- 3. _____ Spray descongestional o pastillas de garganta compradas sin receta medica. (ejemplos: Neosynephrine, Afrin)
- 4. _____ Descongestionantes (ejemplos: Entex, Zephrex)
- 5. _____ Antihistamínico (ejemplos: Benadryl, Bromfed, Hismanal, Rondec, Seldane, Tavist, Trinalin)
- 6. _____ Ambos Antihistamínico y Descongestionante (ejemplos: Tavist-D, Seldane-D, Dristan Cold)
- 7. _____ Antibióticos (ejemplos: amoxicillin, erythromycin, Keflex, Ceftin, Cipro, Suprax)
- 8. _____ Esteroides orales (ejemplos: Prednisone, Medrol)
- 9. _____ Spray nasal tipo Cromolyn (ejemplos: Nasalcrom)
- 10. _____ Spray nasal de esteroides (ejemplos: Beconase, Nasalide, Vancenase)
- 11. _____ Inyección para la alergia

5. ¿Ha tenido cirugía de nariz o sinus? Si contestó sí, por favor dé más detalles:

Fecha

Tipo

¡Gracias por su participación!

