



QUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Nos interesa muchísimo el desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de enfermedades alérgicas. Participamos de muchos estudios de investigación con diversas compañías farmacéuticas que están preparadas para introducir nuevos tratamientos para enfermedades alérgicas. Algunos estudios ofrecen al paciente viáticos por tiempo y transporte. Si le interesa participar en uno de nuestros ensayos clínicos en el futuro, complete este formulario.

Fecha: _____ Nombre: _____

Nombre del Padre/tutor (para menores de 18): _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M/F Grupo étnico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono (casa):(_____) _____ (trabajo):(_____) _____ Código postal: _____

¿Tiene asma? _____ ¿Cuándo comenzó? _____ ¿Tiene alergias? _____

¿Qué tipo de alergias? _____

¿Tiene: sinusitis? _____ ¿Con cuánta frecuencia? _____ ¿Tiene o tuvo urticaria? _____

Otras afecciones médicas _____

¿Fuma? _____ ¿Alguna vez fumó? _____

En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de fumar? _____ ¿Cuánto tiempo fumó? _____

¿Es alérgico a la aspirina u otros analgésicos? _____

Enumere cualquier otro medicamento al que es alérgico: _____

¿Recibe inyecciones para la alergia? _____ ¿Desde hace cuánto? _____

¿Podemos llamarlo cuando su perfil cumpla con ciertos criterios de estudio para ver si le interesa el ensayo?

Gracias por tomarse el tiempo de completar este cuestionario. ☺