

Allergy and Asthma Center of the Rockies

Historia Environmental

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Casa:

- ¿En que clase de casa vives? Casa, Apartamento; Dueños O Rentar
- ¿Que año es su casa? _____.
- ¿Cuantos años vives en tu residencia? _____.
- ¿En que otros estados has vivido? _____.
- ¿Que tipo de sistema de calienton tienes? Aire forzado, Agua caliente, Electrico, Estufa de leña, chimineo?
- ¿Que tipo de sistema de enfriar tienen? Aire acondicionar, Enfriador evaporativo, ventanas abiertas?
- ¿Usas humidificador? Si O No.
- ¿La mayoría de su casa tiene alfombra? Si O No.
- ¿Donde se localiza su casa? Ciudad O Rancho.
- ¿Tienes problemas de humedad en su casa? Si O No.

Habitacion:

- ¿Tienes cobijas, sábanas, o muebles de otros estados? Si O No.
¿De que estados? _____.
- ¿Tienes alfombra o alfombras grandes en su habitacion? Si O No.
¿De que son hechos? Alfombra, Lana, Sintetico .
- ¿Tiene colcha de pluma sobre la cama? Si O No.

Cama:

- ¿De que esta hecho su colchon? _____.
- ¿De que esta hecho su almohada? _____.
- ¿Tienes almohadas extras sobre la cama? Si O No.
- ¿Tienes peluches sobre la cama? Si O No.

Mascotas:

- ¿Tienen mascotas? Si O No.
- ¿Que clase de mascota tienes? _____.
- ¿Duerme sus mascotas sobre la cama o en su habitacion? Si O No.
- ¿Tienes animals que viven afuera? Si O No.

Historia de Fumar:

- ¿Fumas? Si O No.
¿Por cuantos años hac fumado? _____, ¿Cuantos Paquetes al dia? _____.
- ¿Estes dispuesto de dejar de fumar?
- ¿Estes expuesto del humo pasivo? Si O No. ¿Por cuantos años? _____.

Trabajo/Actividades:

- ¿En su trabajo estes expuesto a: Humo, Sustancias quimicas, Polvo, Productos de Granja, o Animales?
- ¿Cuando haces los actividades de todos los dias estas exposado a: Humo, Sustancias quimicas, Polvo, Productos de Granja, o Animales? Si O No.
- ¿Que actividades de pasatiempo tienes?