

Nombre

Edad

Fecha de Nacimiento

Fecha

HISTORIA MÉDICA PARA HOMBRES

Esta información es confidencial y será utilizada por su proveedor médico para asegurar que usted obtenga el cuidado apropiado.

Sí No ¿Es usted alérgica a medicamentos? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí No ¿Usted toma medicamentos, suplementos, vitaminas, o remedios caseros? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es?

A. Historia Médica Familiar:

¿Ha tenido alguien en su familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):

- | | | |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | 5. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | 9. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | 6. <input type="checkbox"/> Diabetes | 10. <input type="checkbox"/> Cáncer |
| 3. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | 7. <input type="checkbox"/> Problemas con alcohol o drogas | 11. <input type="checkbox"/> Expuesta a DES |
| 4. <input type="checkbox"/> Alta presión | 8. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | 12. <input type="checkbox"/> No conozco mi historia médica familiar |

Provider notes:

B. Historia Médica Personal:

1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.

- | | | |
|--|--|---|
| A. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | J. <input type="checkbox"/> Anemia | S. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos o migraña (jaqueca) |
| B. <input type="checkbox"/> Alta presión | K. <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | T. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar |
| C. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | L. <input type="checkbox"/> Infertilidad | U. <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios |
| D. <input type="checkbox"/> Diabetes | M. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón/vejiga | V. <input type="checkbox"/> Cáncer |
| E. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | N. <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | W. <input type="checkbox"/> Tiroides |
| F. <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | O. <input type="checkbox"/> Depresión | |
| G. <input type="checkbox"/> Asma | P. <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | Típo: _____ |
| H. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | Q. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | |
| I. <input type="checkbox"/> Hemorragias/coagulación | R. <input type="checkbox"/> Problema del hígado/ Hepatitis | |

2. Sí No ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía? Si contesto sí, ¿cuándo y por qué? _____
3. Sí No ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?
4. Sí No ¿Ha sido inmunizada contra rubella? No sé
5. Sí No ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B? No sé
6. ¿Cuándo fue su último examen genital? _____ Nunca he tenido uno
 Sí No ¿Le detectaron algún problema? Si contestó sí, que fue? _____
7. Sí No ¿Ha tenido jamás usted una prueba de VIH? Si contestó sí, cuándo fue la última? _____ ¿Fue: Positiva Negativa?

C. Historial de Contracepción:

1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? _____ años Nunca he tenido relaciones
2. ¿Qué importante es evitar el embarazo en este momento? Muy Algo No tan importante
3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja? Ninguno
- | | | |
|---|--|--|
| A. <input type="checkbox"/> Condones | G. <input type="checkbox"/> Norplant | J. <input type="checkbox"/> Espuma, supositorios, crema, gel |
| B. <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas | H. <input type="checkbox"/> Diafragma/Capuchón cervical | K. <input type="checkbox"/> Retiro/coito interrumpido |
| C. <input type="checkbox"/> DepoProvera/Inyección | I. <input type="checkbox"/> Ligadura de tubos/esterilización | L. <input type="checkbox"/> Ritmo/planificación natural |
| D. <input type="checkbox"/> Parche | | M. <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| E. <input type="checkbox"/> NuvaRing (anillo vaginal) | | |
| F. <input type="checkbox"/> DUI (dispositivo) | | |
4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? _____ Ninguna
5. Sí No ¿Está contenta con su método de planificación familiar?
6. Con qué frecuencia usa condones? Siempre A veces Nunca
7. Sí No ¿Ha usado alguna vez la pastilla anticonceptiva de emergencia (Plan B)?
8. Sí No Quizás ¿Desea salir embarazada en los próximos dos años?



www.familypact.org

Nombre

Edad

Fecha de Nacimiento

Fecha

D. Hábitos y Estilo de Vida:

Estas preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctor/doctora sobre ellas.

- 1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? _____ Ninguno
- 2. Sí No ¿Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? _____
- 3. Sí No ¿Toma drogas ilegales? Si contestó sí, lístelas aquí: _____
- 4. Sí No ¿Ha usado drogas inyectadas?
- 5. Sí No ¿Ha compartido agujas?
- 6. Sí No ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?
- 7. Sí No ¿Alguien (incluyendo su pareja), le ha amenazado o lastimado físicamente, o le ha causado que sienta miedo?
- 8. Sí No ¿Ha sido presionada o forceada a tener relaciones sexuales cuando no quería?
- 9. Ha tenido una pareja con historia de: Uso de drogas inyectadas Bisexualidad SIDA/VIH

Provider notes:

E. Historia Sexual:

En los últimos 12 meses...

- 1. Sí No ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si contestó no, avance a #7.
- 2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? _____
- 3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con: Hombres Mujeres Ambos?
- 4. ¿Ha tenido relaciones sexuales: Oral Anal Vaginal?
- 5. Sí No ¿Ha cambiado relaciones sexuales por dinero o drogas?
- 6. Sí No ¿Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales? No sé
- 7. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido usted o su pareja problemas con lo siguiente?
 Marque todo que aplique.

A. <input type="checkbox"/> Clamidia	D. <input type="checkbox"/> Tricomonas	F. <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales
B. <input type="checkbox"/> Gonorrea	E. <input type="checkbox"/> Dolor o infección pélvica (PID)	G. <input type="checkbox"/> Sífilis
C. <input type="checkbox"/> Herpes Genitales		H. <input type="checkbox"/> Otro: _____
- 8. Sí No ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico?

Firma del paciente/Fecha

Firma del médico/Fecha

Firma del médico/Fecha actualizada

Firma del médico/Fecha actualizada

