

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 alérgico 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 lo 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"/> Expuesto 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 lo que se 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 Tipo: _____ |
| 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 | |
| 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 hospitalizado 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 inmunizado contra rubella? No sé

5. Sí No ¿Ha sido inmunizado 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 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 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 contento con su método de planificación familiar?

6. Con qué frecuencia usa condones? Siempre A veces Nunca

7. Sí No ¿Su pareja ha usado alguna vez la pastilla anticonceptiva de emergencia (Plan B)?

8. Sí No No está seguro ¿Alguna vez ha embarazado a alguien?

9. Sí No Quizás ¿Usted y su pareja desean que ella salga embarazada en los próximos dos años?

PATIENT IDENTIFICATION

7181-803-BIL (1/10)



**MALE HEALTH QUESTIONNAIRE
SPANISH**

Page 1 of 2

ORIGINAL - Patient Chart

D. Hábitos y Estilo de Vida:

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

- 1. Sí No ¿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 presionado o forzado 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 lo que se 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

PATIENT IDENTIFICATION

7181-803-BIL (1/10)



**MALE HEALTH QUESTIONNAIRE
SPANISH**

Page 2 of 2

ORIGINAL - Patient Chart