

STD HISTORY (historia de enfermedades venereas [STD]) <input type="checkbox"/> Unchanged (ningun cambio) _____ Date reviewed (revisado el) _____	
Have you ever had (ha tenido alguna vez)	
HPV/Warts (HPV/VPH): _____ Scabies (sarna): _____ Trich (tricomoniasis): _____ Herpes: _____ Syphilis (sífilis): _____ HIV: _____	Gonorrhea (gonorrea): _____ Chlamydia (clamidia): _____ Molloscum: _____ Hepatitis: _____
DATE (fecha): TREATED (tratado/o): _____ DATE (fecha): TREATED (tratado/o): _____	
Do you use condoms: <input type="checkbox"/> No (no) <input type="checkbox"/> Yes (sí) <input type="checkbox"/> Sometimes (a veces) <input type="checkbox"/> Always (siempre)	

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS (Please Circle) (por favor responde a todas las preguntas)

1. History of Penile discharge (historia de descargo del pene): Describe:	Y N	5. Do you examine your testes (examina usted sus testiculos):	Y N	8. Premature ejaculation (eyaculacion precoz):	Y N
2. Hernias	Y N	6. Pain in testes/scrotum (tiene dolor en sus testiculos o escroto):	Y N	9. Sexual dysfunction/ impotence (disfuncion sexual o impotencia):	Y N
3. Prostate problems (problemas de prostata):	Y N	7. Mass/lump in testes/ scrotum (masa/bulto de testiculos/escroto):	Y N	10. Lesions or bumps (nodulos): How long (por cuánto tiempo):	Y N
4. Have you ever had a P.S.A. (ha tenido alguna vez P.S.A.):	Y N				

A. REVIEW OF SYSTEMS: (la revisión de sistemas)	
<input type="checkbox"/> Unchanged (ningun cambio) _____ Date reviewed (revisado el) _____	
Y	N
GENERAL (general)	
	1. Is your health generally good? (es su salud generalmente buena)
	2. Unexplained weight loss or gain of more than 10 lbs. in the past year? (la perdida o aumento de peso inexplicados de mas de 10 lbs. en el ano pasado)
	3. Night sweats/hot flashes? (suda/sofocos de calor, en la noche)
	4. Are you being treated for any illness/condition now? (es tratado usted para cualquier enfermedad/ condicion ahora) If yes what? (si, si que)
	5. Hearing problems? (problemas de oido)
	6. Frequent nosebleeds? (sangrado de su nariz)
CARDIO-RESPIRATORY (cardio-respiratorio)	
	7. Heart disease / stroke(enfermedad de corazon / stroke)?
	8. Chronic cough or other breathing problems/ asthma? (tos crónica/problemas respiratorios/asma)
GASTROINTESTINAL (gastrointestinal)	
	9. Stomach or bowel problems? (problemas de estomago o al intestinos)
	10. Rectal Bleeding/pain/itching? (sangrado del ano/dolor/picazón)
GENITOURINARY (genitourinario)	
	11. Problem with urination or kidneys? (problemas urinarios o de los riñones)
SKIN (piel)	
	12. Rash, itching? (sarpullido, picazon) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No
	13. <input type="checkbox"/> Tattoo? <input type="checkbox"/> Piercing? If yes, where? - _____ (tatuaje/perforaciones en el cuerpo)
NEUROLOGICAL (neurálgico)	
	14. Seizures/epilepsy? (epilepsia/convulsions)
PSYCHOLOGICAL (psicológico)	
	15. Depression requiring treatment? (depression que requerir tratamiento) Have you ever considered suicide? (considero jamas el suicidio) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No
	16. Other psychological problems? (otros problemas psicologico)
ENDOCRINE (endocrine)	
	17. Diabetes? (diabetes)
HEMATOLOGICAL (hematológico)	
	18. Transfusion of blood/blood products? (transfusiones de sangre o productos de sangre)
IMMUNIZATION (Check the ones you have received) (immunización)	

[(verifica los usted ha recibido)]			
19. <input type="checkbox"/> Hepatitis? <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Did you receive all injections? <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No			
B. HOSPITALIZATION AND SURGERIES (hospitalisaciones cirugias)			
Year (fecha)		Reason (razones)	
C. ACCIDENTS AND INJURIES (accidents/heridas)			
Year (fecha)		Reason (razones)	
D. FAMILY HISTORY (historia de familia)			
Are you adopted? (es usted adoptada/o) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No			
Have your biological family (parents, brothers, sisters) had any of the following? (par favor indique si alguno de sus padres, hermanos, hermanas, o hijos, han tenido lo siguiente)			
Y	N	Diagnosis (diagnóstico)	Grandfather, Father, Brother (abuelo, padre, hermanos)
		Heart disease/heart attack/stroke (infermedad del corazon, infarto, derrame cerebral)	
		Cancer? (cáncer) If yes, please specify (que tipo)	
If you were born before 1972, did your mother take DES (si ud. Nacio antes de 1972, su madre tomo hormonas) NO YES (si) UNKNOWN (no se)			
Medications: Including Prescription, over-the-counter, herbals and vitamins (medicaciones incluyendo prescripciones, fuera de rectas, vitaminas, medicias natural):			
Current (corriente):		Past 12 Months (los ultimos doce meses):	

To the best of my knowledge, the above information is complete and accurate (por mi mejor conocimiento, esta informacion es precisa y completa).

Signature of Patient (firma del paciente): _____

Date: ____/____/____

Signature of Interpreter: _____

Printed Name of Interpreter: _____

Patient Name: _____
 Patient Number _____
 Date of Birth: _____