

HISTORIA MEDICA MASCULINA

Su historia médica es confidencial. Planned Parenthood se comunicara con usted por teléfono ó corre o para comunicarle los resultados de exámenes de laboratorio que sean anormal, o en caso de alguna emergencia.

Nombre de Paciente: _____

EDAD _____ ALERGIAS _____ FECHA _____

REVISION DE SISTEMAS

FAVOR DE MARCAR () SI HA TENIDO:

GENERAL

- SI NO
1. Problema de peso/desorden alimenticio
 2. Catarros frecuentes/flu, etc.
 3. Fatiga crónica
 4. Cáncer
 5. Estoy saludable

PIEL

- SI NO
6. Acné/otros problemas de la piel
 7. Salpullido crónico, comezón

OJOS

- SI NO
8. Problemas en los ojos/con la vista
 9. ¿Usa anteojos/lentes de contacto?

OIDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA

- SI NO
10. Problemas para oír
 11. Problemas con los dientes/encías
 12. Sangrado de la nariz frecuente
 13. Dolor de garganta frecuente

RESPIRATORIO

- SI NO
14. Asma/Enfermedad pulmonar/Tuberculosis
 15. Falta de respiración persistente

CARDIOVASCULAR

- SI NO
16. Enfermedad del corazón/Embolio
 17. Presión alta
 18. Colesterol alto/Trigliceridos
 19. Tromboflebitis/Coágulos de sangre en venas/pulmones
 20. Lupus Erythema Tosis

GASTROINTESTINAL

- SI NO
21. Problemas del estómago/intestinos
 22. Enfermedad del hígado/Hepatitis
 23. Enfermedad de la vesícula biliar

GENITOURINARIO

- SI NO
24. Problemas con la vejiga/riñones
 25. Heridas a testículos/área genital
 26. Clamidia
 - Gonorrea
 - Herpes
 - Sífilis
 - Verrugas Genitales
 - VIH
 - Hernia/Hidrocele/Varicocele
 27. Enfermedad del seno/Amontone/Tumor/Cirugía

NEUROLOGICO

- SI NO
28. Embolio
 29. Migrañas (diagnostico de doctor)
 30. Ataques epilépticos/ Epilepsia

HEMATOLOGICO (Sangre)

- SI NO
31. Anemia
 32. Desorden de la sangre transfusión
 33. Usted se moretea fácilmente?

MUSCULAR / ESQUELETO

- SI NO
34. Artritis
 35. Huesos fracturados ó lesionados

PSICOLOGICO

- SI NO
36. Depresión/Cambios de humor
 37. Ansiedad
 38. Bajo el cuidado de un Psiquiatra Psicólogo

ENDOCRINO

- SI NO
39. Enfermedad de la tiroides
 40. Diabetes
 41. Falta de respiración continua

44. ¿Ha tenido cirugía o ha sido paciente en un hospital? SI Explique _____ NO

45. ¿Está o ha estado bajo el cuidado de un doctor por una enfermedad o condición seria? SI NO

46. ¿Es alérgico a algún medicamento? SI NO ¿Es al hule? SI NO ¿Es al yodo? SI NO
¿Es alérgico a la anestesia local? SI NO

47. ¿Recibió sus vacunas infantiles? SI NO

48. ¿Esta vacunado contra la Hepatitis B? SI NO

49. ¿Está tomando medicinas o drogas, incluyendo medicinas que no necesitan receta, medicamentos de hierbas o vitaminas? SI NO

50. Fecha de su ultimo examen fisico _____

USO PARA LOS EMPLEADOS SOLAMENTE

