



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.

PATIENT LABEL

EDAD _____

ALERGIAS _____

FECHA _____

REVISION DE SISTEMAS

FAVOR DE MARCAR (✓) SI HA TENIDO:

GENERAL

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

PIEL

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

OJOS

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

OIDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA

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

RESPIRATORIO

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

CARDIOVASCULAR

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

GASTROINTESTINAL

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

GENITOURINARIO

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

NEUROLOGICO

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

HEMATOLOGICO (Sangre)

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

MUSCULAR / ESQUELETO

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

PSICOLOGICO

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

ENDOCRINO

- 39. SI NO 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 LAS ENFERMERAS SOLAMENTE

