

Nombre _____ DOB _____ Edad _____ Fecha _____ Pt. # _____

| Revision de Sistemas | | | | | |
|--------------------------------------|----|--|--|----|--|
| Si | No | General | Si | No | Historia Familiar |
| | | 1. Mi salud es generalmente buena | | | ¿Es usted adoptado? |
| | | 2. ¿Esta siendo tratada/o por algún problema médico ahora? ¿Cuál? | ¿Ha tenido alguien de su familia biológica (padres, hermanos, hermanas) algo de lo siguiente? | | |
| | | 3. Anormalidades de nacimiento, o problemas genéticos | | | ¿Diabetes? |
| | | 4. Cáncer ¿donde? ¿cuando? | | | ¿Osteoporosis? |
| | | 5. ¿Problemas en los ojos? <input type="checkbox"/> lentes <input type="checkbox"/> enfermedad <input type="checkbox"/> otro | | | ¿Ataque al corazón o derrame cerebral antes de los 50 años? |
| | | 6. ¿Fuma cigarros? ¿Que edad tenia cuando empezó? _____ ¿Cuántos cigarros fuma al día? _____ ¿Lata o bolsita de tabaco sin humo? _____ | | | ¿Colesterol alto? |
| | | | | | ¿Problemas genéticos? |
| | | | | | ¿Coágulos de sangre? |
| | | 7. Toma bebidas alcohólicas ? ¿Cuántas por semana? _____ | | | ¿Cáncer? Si es si, porfavor especifique: |
| | | 8. ¿Esta tomando alguna medicina sin receta o alguna medicina natural? ¿Cuál? Porfavor enliste: | Historia Social | | |
| | | | | | ¿Esta usted siendo abusado físicamente? |
| | | | | | ¿Ha tenido sexo a cambio de drogas o dinero? |
| Cardio-Respiratorio | | | | | ¿Alguien lo ha obligado a tener sexo? |
| | | 9. ¿Prolapso de la valvula mitral? | | | ¿Esta usted siendo abusado sexualmente? |
| | | 10. ¿Soplo al corazón? | | | ¿Quien lo apoya y ayuda en sus problemas? |
| | | 11. ¿Venas varicosas? | | | ¿Le tiene miedo al alguien? |
| | | 12. ¿Coágulos de sangre (en pulmones/piernas/cabeza)? | | | <input type="checkbox"/> a su pareja <input type="checkbox"/> a un familiar <input type="checkbox"/> otro persona: |
| | | 13. ¿Derrame cerebral o síntomas? | Genitourinario | | |
| | | 14. ¿Presión alta? | | | ¿Tiene eyaculación dolorosa o sanguinolenta? |
| | | 15. ¿Alto Colesterol/lipidos/trigliceridos? | | | ¿Concieme acerca de erecciones o eyaculación prematura? |
| | | 16. ¿Asma, tos crónica, rinitis alérgica o problemas respiratorios? | | | ¿Tiene dolor cuando tiene relaciones sexuales? |
| | | 17. ¿Tuberculosis o expuesta/o a tuberculosis? | | | ¿Tiene dolor o inflamacion en los testiculos o escroto? |
| Gastrointestinal | | | | | ¿Tiene secrecion, dolor, inflamación o enrojecimiento del pene? |
| | | 18. ¿Problemas en el estómago, constipación, o diarrea? | | | ¿Tiene sangre, en la orina, o le duele cuando orina, orina frecuentemente? |
| | | 19. ¿Problemas en el hígado (hepatitis, tumor, o ictericia, etc.)? | | | ¿Tiene usted hernia (en el area de la ingle) o quiste en u seno? |
| | | 20. ¿Problemas en la vesícula? | Riesgos de infecciones transmitidas sexualmente y VIH | | |
| Musculoesqueletico | | | | | ¿Ha usted recibido sangre o productos de sangre antes de 1978? |
| | | 21. ¿Artritis (dolor de articulaciones)? | | | ¿Ha usted usado drogas de la calle? ¿Cuál? ¿Cuándo? |
| Piel | | | | | ¿Ha compartido aguas para inyectarse drogas, tatuarse, o perforarse? |
| | | 22. ¿Problemas en la piel? Si es si ¿cual? _____ <input type="checkbox"/> tatuajes <input type="checkbox"/> perforaciones | | | ¿Usa condones? <input type="checkbox"/> algunas veces <input type="checkbox"/> todo el tiempo <input type="checkbox"/> nunca |
| Neurologico | | | | | ¿Historia de infecciones transmitidas sexualmente? |
| | | 23. ¿Migrañas, dolores de cabeza, aura? | | | <input type="checkbox"/> chlamydia <input type="checkbox"/> gonorrhoea <input type="checkbox"/> verrugas genitales <input type="checkbox"/> herpes |
| Psicologicos | | | | | <input type="checkbox"/> sifilis <input type="checkbox"/> enfermedad pélvica inflamatoria <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| | | 24. ¿Alguna vez ha considerado el suicidio? | | | ¿Cuántas parejas sexuales tiene o ha tenido? |
| | | 25. ¿Depresión que requiera de tratamiento? <input type="checkbox"/> pasado <input type="checkbox"/> presente ¿Otro problemas psicologicos? | | | Actualmente _____ el año pasado _____ en toda su vida _____ |
| | | | | | ¿Usted tiene sexo con <input type="checkbox"/> hombres <input type="checkbox"/> mujeres <input type="checkbox"/> los dos? |
| | | 26. ¿Desordenes alimenticos? | | | ¿Usted tiene sexo de tipo <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal? |
| Endocrino | | | Marque todas las que apliquen a su(s) parejas(s) actual(es): | | |
| | | 27. ¿Problemas en la tiroides? | <input type="checkbox"/> uso de sangre o productos de sangre en el presente o en el pasado | | |
| | | 28. ¿Diabetes o pre-diabetes? | <input type="checkbox"/> uso de drogas de la calle | | |
| | | 29. ¿Mono (mononucleosis)? | <input type="checkbox"/> multiples parejas <input type="checkbox"/> bisexual | | |
| Hematologico/Linfatico | | | Infectado con <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> enfermedad transmitida sexualmente | | |
| | | 30. ¿Anemia (bajos niveles de hierro)? | Comments: | | |
| | | 31. ¿Enfermedad/rasgo de celulas falciformes? | | | |
| | | 32. ¿Desordenes de coagulacion sanguinea? | | | |
| Métodos anticonceptivos | | | | | |
| | | 33. ¿Tiene usted vasectomia? | Toda la informacion que he provisto es correcta y completa. | | |
| | | 34. ¿Alguna vez ha embarazado a alguien? | | | |
| | | 35. ¿Si nacio antes de 1970, sabe si su madre tomo DES mientras estaba embarazada de usted? | | | |
| Alergias | | | Firma del cliente _____ Fecha _____ | | |
| | | 36. ¿Es usted alérgico a algún medicamento, droga, latex, o cualquier otra substancia, incluyendo anestesia local? | | | |
| Inmunizaciones de la Infancia | | | | | |
| | | 38. Hepatitis A <input type="checkbox"/> inyección 1 <input type="checkbox"/> inyección 2 | Staff Signature _____ Date _____ | | |
| | | 39. Rubella | | | |
| | | 40. Hepatitis B <input type="checkbox"/> inyección 1 <input type="checkbox"/> inyección 2 <input type="checkbox"/> inyección 3 | | | |
| Hospitalizacion y Cirugias | | | | | |
| Año | | Razon | | | |

| Reason for Visit/Chief Complaint/History of Present Illness | | | | |
|--|---|-------|---------------------------------|------------|
| | | | | |
| Vital Signs | | | Education Verbal and/or Written | |
| BP | Wt | Ht | Temp | Initials |
| STI Risks | | | | |
| Change in partner since last exam? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | | | | |
| With present partner wks/mos/yrs _____ | | | | |
| Do you or your partner have other sexual partners? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> unknown | | | | |
| Partners: <input type="checkbox"/> men <input type="checkbox"/> women <input type="checkbox"/> both | | | | |
| <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal | | | | |
| <input type="checkbox"/> barrier/condom usage | | | | |
| System | WNL | Other | | |
| General | <input type="checkbox"/> No acute distress, grossly WNL | | | |
| HEENT | <input type="checkbox"/> Grossly WNL | | | |
| CV | <input type="checkbox"/> RRR <input type="checkbox"/> Murmurs | | | |
| RESP | <input type="checkbox"/> Clear to auscultation, equal breath sounds | | | |
| GI | <input type="checkbox"/> Abdomen soft/non-tender, no masses <input type="checkbox"/> Liver/spleen non-palpable | | | |
| GU | <input type="checkbox"/> Breasts with no masses/discharge/tenderness <input type="checkbox"/> no urethral discharge <input type="checkbox"/> No CVAT <input type="checkbox"/> Penis, no lesions, erythema or discharge <input type="checkbox"/> Scrotum, no lesions, veins <input type="checkbox"/> Epididymis, no nodules, swelling <input type="checkbox"/> Hernias, no bulges <input type="checkbox"/> Anus – no lesions <input type="checkbox"/> Rectum – no nodules, mass <input type="checkbox"/> Prostate – no irregularities, no tenderness, not enlarged, no hard areas | | | |
| MUSC | <input type="checkbox"/> back with no curvature <input type="checkbox"/> extremities full ROM | | | |
| ENDO | <input type="checkbox"/> Thyroid NS/NT/equal bilateral | | | |
| SKIN | <input type="checkbox"/> Intact with no lesions <input type="checkbox"/> Tattoo <input type="checkbox"/> Piercing If yes, where? | | | |
| LYMPH | <input type="checkbox"/> No lymphadenopathy neck/axilla/groin | | | |
| Lab Tests Done | | | | |
| Outside | | | | |
| <input type="checkbox"/> GC/CT Urine/Urethral | | | | |
| <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HIV Conf <input type="checkbox"/> Other _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> HEP B/C <input type="checkbox"/> HSV Culture Blood | | | | |
| Inside | | | | |
| <input type="checkbox"/> HIV Rapid POS NEG <input type="checkbox"/> FOB | | | | |
| <input type="checkbox"/> Urine Dip Glucose Protein Nitrites Leukocytes Blood | | | | |
| <input type="checkbox"/> Micro WBC _____ HPF Other _____ | | | | |
| Assessment | | | | |
| | | | | |
| Plan | | | | |
| | | | | |
| Clinician _____ | | | | Date _____ |