

HISTORIA MEDICA Para los hombres-Espanol

Confidencial

CHART # _____

FECHA DE HOY _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

EDAD _____

Historia familiar

Hay alguien en su familia que ha tenido problemas con lo siguiente?

Incluye Madre (M), Padre (P), Hermano (Ho), Hermana (Ha), Abuela (Aa), Abuelo (Ao)

ADOPTADA (historia familiar no es disponible)

No No segura Si	Quien	No No segura Si	Quien	No No segura Si	Quien
_____ presión alta	_____	_____ enf. cardiovascular	_____	_____ Tomó su madre "DES"?	_____
_____ ataque del corazón	_____	_____ hemorragias	_____	_____ Hyperlipidemia-grasa en sangre	_____
_____ derrame cerebral	_____	_____ colesterol alto	_____	_____ problemas geneticos	_____
_____ anestesia general	_____	_____ cáncer de la próstata	_____	_____ anemia, Tay Sachs, PKU	_____
_____ enfermedad cerebral	_____	_____ cáncer de los testiculos	_____	_____ osteoporosis	_____
_____ diabetes	_____	_____ cáncer (otro tipo)	_____	_____ problemas de los tiroides	_____

Historia medica -

Ha tenido usted algun de lo siguiente?

No Si Ahora	No Si Ahora	No Si Ahora
_____ problemas de digestión	_____ rubeola (ha estado	_____ Ha tenido un parejo con cervicitis?
_____ enfermedad del corazón	_____ inmunizado o expuesta?)	_____ Tiene Ud. alergias a :
_____ presión alta	_____ entumecimiento/cosquilleo	_____ algún medicamento: Cual(es)?: _____
_____ colesterol alto	_____ infección del pene	_____ cobre
_____ derrame cerebral	_____ problemas con erecciones	_____ goma/latex
_____ coágulos de sangre	_____ dolor/sangre con eyaculación	_____ anestetica local/general
_____ las venas varicosas	_____ problemas con testiculos	_____ otra alergia: Que es: _____
_____ anemia	_____ uretritis	_____ Fuma cigarrillos?
_____ depresión, ansiedad	_____ líquido/dolorido del pene	_____ Paquetes por día _____
_____ epilepsia, ataques	_____ problemas con la próstata	_____ Por cuantos años? _____
_____ diabetes	_____ enfermedad de la vesicula	_____ Ha tenido problemas con el uso de drogas?
_____ enfermedad de los tiroides	_____ problemas de los ojos	_____ Ha usado drogas intravenosas?
_____ enf. del hígado o hepatitis	_____ enfermedades graves	_____ Usa su parejo (a) drogas intravenosas?
_____ enf. del riñon o la vejiga	_____ cirugias/ quedarse en el hospital	_____ Tiene una discapacidad? Si ha respondido
_____ enf. de los pulmones/asthma	_____ cancer-esp. de los testiculos,	_____ si: como será el examen para Ud.?
_____ Esta tomando medicaciones	_____ el próstato, los genitales	_____ Parejo(a) nuevo(a) los ultimos dos meses?
_____ Ahora? Cuales?: _____	_____ enf. trans. Sexualmente	_____ Ud. o su parejo(a) ha tenido mas de dos
_____	_____ gonorrhoea, herpes, sífilis	_____ parejos(as) en los ultimos dos meses?
_____	_____ obesidad	_____ Toma Ud. alcohol?
_____ Anorexia, bulimia, desorden	_____ dolor de cabeza	_____ Condiciones geneticas?
_____ de comer	_____ jaquecas	_____ Ha tenido una transfusión de sangre/
_____ Toma usted medicaciones	_____ <u>para la oficina:</u> focal neuro symptoms	_____ exposición a los productos de sangre?
_____ comunes, hierbas? _____	_____ no ___ yes, describe: _____	_____ Cirugia de los genitales? _____

COMMENTS: _____

historia sexual

Edad de primera relación sexual _____
 Durante o después de relaciones, tiene Ud
 dolor _____ o sangre? _____
 Actualmente tiene relaciones sexuales? _____
 Con Hombre _____ Mujer _____ Ambos _____

historia anticonceptiva

Cuales métodos anticonceptivos ha usado?

Para las pacientes que están aqui por consejo sobre la vasectomia:

Ha tenido alguno de los problemas medicos que siguen?

No Si Ahora

- _____ Problemas urinarios
- _____ Hernias
- _____ Fiebre reumático
- _____ Desmayado
- _____ Problemas emocionales/ mentales
- _____ Enfermedades viricas
- _____ Paperas

Favor de responder a las preguntas siguientes:

No Sí

_____ Ha tenido otras enfermedades, operaciones, o lesions en el area genital? (por ejemplo, anomalidades con el escroto o una vasectomia que no funcionó)

No Sí

_____ Ahora tiene dificultated alcanzando o manteniendo una erección, eyaculaciones involuntarios, o otro problema sexual?

_____ Ha causado un emabarazo Ud?

(Si responde no, puede pedir un análisis de su semen antes de tener la vasectomia).

_____ Ha cambiado sus testiculos después de la última concepción? Ha tenido infecciones de los testiculos o una enfermedad vírico desde la última concepción?

_____ Necesita un método anticonceptivo temporario para usar hasta que su vasectomia es efectiva?

_____ Toma Ud. medicaciones anticoagulantes? Cual tipo? _____

_____ Tiene alergias a Xanax, Valium, Penicillin, Novacaine, o xylocaine?

Fecha de su ultimo examen físico? _____

Fecha _____

Firma del Paciente _____

Fecha Revisado _____

Firma de la Enfermera Practicante _____