

**HISTORIA MÉDICA
MASCULINA**

Nombre del paciente _____ Fecha _____
Número de informe médico _____ Clínica _____
Edad _____ Fecha de nacimiento _____

MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos o fármacos que está tomando ahora o que toma frecuentemente incluyendo los medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, medicamentos de hierbas, vitaminas, minerales o suplementos:

ALERGIAS

¿Es usted alérgico a cualquier fármaco o medicamento, incluyendo la anestesia? No Sí
¿Es usted alérgico al látex? No Sí ¿Es usted alérgico al yodo o a los mariscos? No Sí
Si contestó Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor escriba el medicamento y el tipo de reacción: _____

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

No ha tenido condiciones médicas en el pasado

Marque si USTED tiene ahora o ha tenido en el pasado:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Próstata ensanchada | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en las piernas (DVT siglas en inglés) | | <input type="checkbox"/> Ataque apoplético y/o epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Abuso de las drogas y/o alcohol | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad y/o tumor del hígado | |

Otras condiciones médicas: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA ANTERIOR

Nunca he tenido una cirugía

Marque si USTED ha tenido alguna de estas cirugías o procedimientos:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Cirugía a bajar peso | <input type="checkbox"/> Biopsia del hígado |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Reparación de una hernia | <input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Extracción de la vesícula biliar | | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Otra cirugía: _____ | | |

HISTORIA DE LAS VACUNAS

Marque las vacunas que ha recibido:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> VPH (virus de papillota humana) | <input type="checkbox"/> Tétano |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> MMR y/o rubéola (sarampión, paperas y rubéola) | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor especifique _____ | | |

HISTORIA FAMILIAR

Indique cuál de sus parientes por sangre (Padres, Hermanos, Hermanas, o Hijos SOLAMENTE) tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:

Si usted fue ADOPTADO y no conoce la historia biológica de su familia, OMITA esta sección.

- | | Quién: | | Quién: |
|--|--------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | _____ |
| Tipo: _____ | | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otro, por favor describa: _____ | | | |

HISTORIA DE ANTICONCEPTIVOS

- Método anticonceptivo actual: Condomes: Siempre/generalmente/algunas veces Retiro
 No tener relaciones sexuales (abstinencia) Vasectomía Pareja usa anticonceptivos
 Ninguno Pareja no puede quedar embarazada Deseamos quedar embarazados
¿Existe algún problema con su método actual? No Sí Si contesto Sí, explique: _____
 Deseo obtener condones hoy mismo Deseo tener una vasectomía

HISTORIA SEXUAL

Estas preguntas pueden parecer personales, pero nos ayudan a evaluar su salud. Toda la información es confidencial.

- Todavía no ha tenido relaciones sexuales
¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales durante el último año? _____
¿Ha tenido relaciones sexuales con una persona nueva durante el último año? No Sí
¿Su(s) compañero(s) es (son): Hombres Mujeres Ambos
¿Su pareja tiene relaciones sexuales con: Hombres Mujeres Ambos No se sabe
¿Su pareja es monógama (solamente tiene relaciones sexuales con usted)? No Sí No se sabe
¿Su contacto sexual es (✓ todos los que apliquen): Vaginal Anal Oral Otro
¿Usa usted condones? Siempre Algunas veces Nunca
¿Ha estado expuesto a una infección transmitida sexualmente? No Sí No se sabe
¿Su compañero/a ha tenido algún síntoma durante los últimos 60 días? No Sí No se sabe
¿Alguna vez ha compartido agujas (tatuaje, uso intravenoso de drogas, etcétera)? No Sí
¿Usted ha tenido relaciones sexuales con alguien que comparte agujas? No Sí No se sabe
¿Obtuvo una transfusión de sangre antes de 1985? No Sí

USO DE LAS SUSTANCIAS

- ¿Alguna vez ha usado drogas de la calle, recreacionales o intravenosas? No Sí Si contesto Sí, ¿cuál de ellas? _____
¿Actualmente usa drogas de la calle, recreacionales o intravenosas? No Sí Si contesto Sí, ¿cuál de ellas? _____
¿Fuma cigarrillos? No Sí Si contestó Sí, ¿cuántos y/o con qué frecuencia? _____
¿Usa usted otros tipos de tabaco? Sí No Si contestó Sí, ¿cuáles y/o con qué frecuencia? _____
¿Bebe alcohol? No Sí Si contestó Sí, ¿con qué frecuencia y/o cuánto? _____
¿Siente que tiene un problema con las drogas o el alcohol? No Sí, ¿Por qué? _____

ESTILO DE VIDA Y/O RETOS Y/O APOYO

- ¿Algún cambio reciente importante en la vida? No Sí Si contesto Sí, ¿cuál? _____
- ¿Algunas inquietudes acerca del peso o de comer? No Sí Si contesto Sí, ¿cuál? _____
- ¿Lo están abusando sexual, física o emocionalmente? No Sí _____
- ¿Lo están forzando a hacer algo contra su voluntad? No Sí Si contesto Sí, ¿qué? _____
- ¿Tiene usted un buen sistema de apoyo emocional? No Sí Si contesto Sí, ¿quién? _____
- ¿Come usted una dieta saludable? No Sí ¿Hace ejercicios regularmente? No Sí
- ¿Trabaja usted? No Sí Si contesto Sí: Tiempo completo Tiempo parcial
- ¿Es estudiante No Sí

REVISIÓN DE SISTEMAS

Marque si está teniendo alguno de estos síntomas ahora, o si los tiene muy frecuentemente:

Constitucional

- No Sí Aumento de peso (sin explicar, más de 20 libras en el último año)
- No Sí Pérdida de peso (sin explicar, más de 20 libras en el último año)
- No Sí Sudores nocturnos y/o calenturas y/o fiebres y/o escalofríos
- No Sí Cansancio extremo y/o letargo y/o malestar

Piel y/o seno

- No Sí Erupción
- No Sí Lesión de la piel
- No Sí Nódulo en un seno

Endócrina

- No Sí Intolerancia al frío o calor
- No Sí Exceso de hambre, sed u orina

Respiratorio

- No Sí Tos crónica
- No Sí Respiración entrecortada

Cardiaco y/o cerebrovascular

- No Sí Dolor de pecho
- No Sí Palpitaciones
- No Sí Síncope y/o desmayo

Gastrointestinal

- No Sí Dolor abdominal
- No Sí Estreñimiento
- No Sí Diarrea
- No Sí Náuseas y/o vómitos
- No Sí Sangrado en el recto

Neurológico

- No Sí Dolor de cabeza
- No Sí Disturbios visuales
- No Sí Debilidad

Genitourinario

- No Sí Dolor al orinar y/o disuria
- No Sí Escape de orina y/o incontinencia
- No Sí Frecuencia de orinar
- No Sí Hesitación
- No Sí Flujo disminuido
- No Sí Descarga uretral
- No Sí Dolor en los costados
- No Sí Dolor en la ingle
- No Sí Dolor en el escroto y/o los testículos
- No Sí Eyaculación prematura
- No Sí Disfunción eréctil
- No Sí Lesiones y/o erupción

Psiquiátrico

- No Sí Poco interés o placer al hacer las cosas
- No Sí Sensaciones de tristeza, deprimido o sin esperanza
- No Sí Sensación de suicidio
- No Sí Está viendo a un terapeuta o psiquiatra

Firma del paciente: _____

Fecha: _____