

Nombre

Edad

Fecha de Nacimiento

Fecha

HISTORIA MÉDICA PARA HOMBRES

Esta información es confidencial y será utilizada por su proveedor médico para asegurar que usted obtenga el cuidado apropiado.

Sí No ¿Es usted alérgico a medicamentos? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí No ¿Usted toma medicamentos, suplementos, vitaminas, o remedios caseros?
Si contestó sí, listelos aquí:

Sí No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es?

A. Historia Médica Familiar:

¿Ha tenido alguien en su familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):

- | | | |
|--|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | 5. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | 9. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | 6. <input type="checkbox"/> Diabetes | 10. <input type="checkbox"/> Cáncer |
| 3. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | 7. <input type="checkbox"/> Problemas con alcohol o drogas | 11. <input type="checkbox"/> Expuesta a DES |
| 4. <input type="checkbox"/> Alta presión | 8. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | 12. <input type="checkbox"/> No conozco mi historial médica familiar |

Provider notes:

B. Historia Médica Personal:

1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.

- | | | |
|--|--|---|
| A. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | J. <input type="checkbox"/> Anemia | S. <input type="checkbox"/> Problema del hígado/ Hepatitis |
| B. <input type="checkbox"/> Alta presión | K. <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | T. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar |
| C. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | L. <input type="checkbox"/> Infertilidad | U. <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios |
| D. <input type="checkbox"/> Diabetes | M. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón/vejiga | V. <input type="checkbox"/> Cáncer, Tipo: _____ |
| E. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | N. <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | W. <input type="checkbox"/> Tiroides |
| F. <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | O. <input type="checkbox"/> Depresión | |
| G. <input type="checkbox"/> Asma | P. <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | |
| H. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | Q. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | |
| I. <input type="checkbox"/> Hemorragias/coagulación severos o migraña | R. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | |

2. Sí No ¿Ha estado hospitalizado o ha tenido cirugía?
Si contestó sí, ¿cuándo y por qué? _____

3. Sí No ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?

4. Sí No ¿Ha sido inmunizado contra rubella? No sé

5. Sí No ¿Ha sido inmunizado contra Hepatitis B? No sé

6. ¿Cuándo fue su último examen genital? _____ Nunca he tenido uno

Sí No ¿Le detectaron algún problema?

Si contestó sí, que fue? _____

7. Sí No ¿Ha tenido jamás usted una prueba de VIH?

Si contestó sí, cuándo fue la última? _____ ¿Fue Positiva Negativa?



www.familypact.org

Nombre

Edad

Fecha de Nacimiento

Fecha

C. Historial de Contracepción:

- 1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? ____ años Nunca he tenido relaciones
- 2. ¿Qué importante es evitar el embarazo en este momento? Muy Algo No tan importante
- 3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja? Ninguno
 - A. Condones F. DUI (dispositivo) J. Espuma, supositorios, crema, gel
 - B. Pastillas anticonceptivas G. Norplant
 - C. DepoProvera/Inyección H. Diafragma/capa cervical K. Retiro/coito interrumpido
 - D. Patch I. Ligadura de L. Ritmo/planificación natural
 - E. NuvaRing (anillo vaginal) tubos/esterilización M. Vasectomía
- 4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan usted y su pareja ahora? _____ Ninguna
- 5. Sí No ¿Está contento con su método de planificación familiar?
- 6. Con qué frecuencia usa condones? Siempre A veces Nunca
- 7. Sí No ¿Su pareja ha usado alguna vez la pastilla anticonceptiva de emergencia (Plan B)?
- 8. Sí No Quizás ¿Desea tener hijos en los próximos dos años?

Provider notes:

D. Hábitos y Estilo de Vida:

Estas preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctor/doctora sobre ellas.

- 1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? _____ Ninguno
- 2. Sí No ¿Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? _____
- 3. Sí No ¿Toma drogas ilegales? Si contestó sí, lístelas aquí: _____
- 4. Sí No ¿Ha usado drogas inyectadas?
- 5. Sí No ¿Ha compartido agujas?
- 6. Sí No ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?
- 7. Sí No ¿Alguien (incluyendo su pareja), le ha amenazado o lastimado físicamente, o le ha causado que sienta miedo?
- 8. Sí No ¿Ha sido presionado o forceado a tener relaciones sexuales cuando no quería?
- 9. Ha tenido una pareja con historia de: Uso de drogas inyectadas Bisexualidad SIDA/VIH

E. Historia Sexual

En los últimos 12 meses...

- 1. Sí No ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si contestó no, avance a #7.
- 2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? _____
- 3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con: Hombres Mujeres Ambos?
- 4. ¿Ha tenido relaciones sexuales: Oral Anal Vaginal?
- 5. Sí No ¿Ha cambiado relaciones sexuales por dinero o drogas?
- 6. Sí No ¿Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales? No sé
- 7. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido usted problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.
 - A. Clamidia D. Tricomonas I. Otro: _____
 - B. Gonorrea E. Verrugas Genitales
 - C. Herpes Genitales F. Sífilis
- 8. Sí No ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico?



www.familypact.org

Firma del paciente/Fecha

Firma del Médico/Fecha