

Nombre

Fecha

Chart #

Fecha de Nacimiento

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 alérgica 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"/> Cáncer |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | 6. <input type="checkbox"/> Diabetes | 10. <input type="checkbox"/> No conozco mi historia médica familiar |
| 3. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | 7. <input type="checkbox"/> Problemas con alcohol o drogas | |
| 4. <input type="checkbox"/> Alta presión | 8. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | |

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"/> Dolores de cabeza severos o migraña (jaqueca) |
| 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 | X. <input type="checkbox"/> Dificultad con micción |
| 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 | R. <input type="checkbox"/> Problema del hígado/
Hepatitis | |
2. Sí No ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía?
Si contesto sí, ¿cuándo y por qué? _____
3. Sí No ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?
4. Sí No ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B? No sé
5. ¿Cuándo fue su último examen genital? _____ Nunca he tenido uno
 Sí No ¿Le detectaron algún problema?
Si contestó sí, que fue? _____
6. Sí No ¿Ha tenido jamás usted una prueba de VIH?
Si contestó sí, cuándo fue la última? _____ ¿Fue: Positiva Negativa?

C. Historia de Contracepción:

1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? _____ años Nunca he tenido relaciones
2. ¿Cuán importante es para usted evitar ser un padre ahora? Muy Algo No tan
3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja? Ninguno
- | | |
|---|--|
| A. <input type="checkbox"/> Condones | G. <input type="checkbox"/> Retirada/sacando |
| B. <input type="checkbox"/> Dependió del método de socios | H. <input type="checkbox"/> Esterilización |
4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan ahora? Ninguna
5. Sí No ¿Está contenta con su método de planificación familiar?
6. Con qué frecuencia usa condones? Siempre A veces Nunca
7. Sí No ¿Sabe usted de la píldora de contracepción de emergencia?
8. Sí No Quizás ¿Desea salir embarazada en los próximos dos años?

Provider notes:



Nombre	Fecha
Chart #	Fecha de Nacimiento

D. Historia Social:	Provider notes:								
<p>Estas preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctor/doctora sobre ellas.</p> <p>1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? _____ <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? _____</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Toma drogas ilegales? Si contestó sí, lístelas aquí: _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha usado drogas inyectadas?</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha compartido agujas?</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguien (incluyendo su pareja), le ha amenazado o lastimado físicamente, o le ha causado que sienta miedo?</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha sido presionada o forceada a tener relaciones sexuales cuando no quería?</p> <p>9. Ha tenido una pareja con historia de: <input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectadas <input type="checkbox"/> Bisexualidad <input type="checkbox"/> SIDA/VIH</p>									
E. Historia Sexual:									
<p>En los últimos 12 meses...</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si contestó no, avance a #7.</p> <p>2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? _____</p> <p>3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos</p> <p>4. ¿Ha tenido relaciones sexuales: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha cambiado relaciones sexuales por dinero o drogas?</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales? <input type="checkbox"/> No sé</p> <p>7. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido usted o su pareja problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">A. <input type="checkbox"/> Clamidia</td> <td style="width: 33%;">D. <input type="checkbox"/> Tricomonas</td> <td style="width: 33%;">F. <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales</td> </tr> <tr> <td>B. <input type="checkbox"/> Gonorrea</td> <td>E. <input type="checkbox"/> Dolor o infección pélvica (PID)</td> <td>G. <input type="checkbox"/> Sífilis</td> </tr> <tr> <td>C. <input type="checkbox"/> Herpes Genitales</td> <td></td> <td>H. <input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> <p>8. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico?</p> <p>_____</p>	A. <input type="checkbox"/> Clamidia	D. <input type="checkbox"/> Tricomonas	F. <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales	B. <input type="checkbox"/> Gonorrea	E. <input type="checkbox"/> Dolor o infección pélvica (PID)	G. <input type="checkbox"/> Sífilis	C. <input type="checkbox"/> Herpes Genitales		H. <input type="checkbox"/> Otro: _____
A. <input type="checkbox"/> Clamidia	D. <input type="checkbox"/> Tricomonas	F. <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales							
B. <input type="checkbox"/> Gonorrea	E. <input type="checkbox"/> Dolor o infección pélvica (PID)	G. <input type="checkbox"/> Sífilis							
C. <input type="checkbox"/> Herpes Genitales		H. <input type="checkbox"/> Otro: _____							
SI ES MENOR DE 18 ANOS DE EDAD									
<p>9. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Sabes sus padres que vinieron a Planned Parenthood?</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Hablas con sus padres acerca de temas sexuales?</p>									

Firma del paciente/Fecha

Firma del médico/Fecha