

PLANNED PARENTHOOD OF INDIANA  
Historia Médica Masculina

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ PPIN# \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

B/P \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Motivo de la visita/síntomas actuales

Historia personal (actual o pasada)

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Migrañas o dolores de cabeza severos

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Hepatitis / Trastornos del hígado

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Alcoholismo/ abuso de sustancias

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Trastornos de la tiroides

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Problemas emotivos (depresión/nervios)

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Hemorroides / problemas en el recto

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Presión arterial alta

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Asma

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Mononucleosis

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Ataque al corazón / apoplejía

Sí \_\_\_ No \_\_\_ TB (tuberculosis)

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Trastornos de los riñones

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Micción dolorosa/ sangre en la orina

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Infección en la vejiga/ tracto urinario

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Problemas en la próstata

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Diabetes

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Cáncer en caso afirmativo, tipo \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Dolor en los testículos

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Tumores / quistes / nacidos

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Secreción del pene

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Trastornos de células falciformes / anemias

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Herpes

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Artritis

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Verrugas genitales

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Paperas Sí \_\_\_ No \_\_\_ Orquitis / epididimitis

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Epilepsia / ataques

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Rubéola (3 días)

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Tricomoniasis

Sí \_\_\_ No \_\_\_ sífilis/gonorrea/chlamydia Sí \_\_\_ No \_\_\_ uretritis no gonocócica NGU

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Lesiones en los genitales

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Masas en los testículos

Sí \_\_\_ No \_\_\_ hernias

Sí \_\_\_ No \_\_\_ cirugías

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Ingiero \_\_\_\_\_ bebidas alcohólicas a la semana

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Tomo antabuse (un medicamento para el tratamiento del alcoholismo)

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Me gustaría conversar con alguien en relación a preocupaciones de origen sexual

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Mi madre tomó DES (un medicamento para evitar abortos) cuando estaba embarazada de mí.

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ cigarrillos al día.

Describa cualquier enfermedad o accidente que usted haya tenido en los últimos dos años y que hayan requerido medicamentos u hospitalización: \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Staff signatura \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

PPIN #138sp-1106