

PLANNED PARENTHOOD OF INDIANA
HISTORIA MÉDICA MASCULINA

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ PPIN # _____ Fecha _____
Motivo de la visita de hoy: _____

HISTORIA DE PRÁCTICA ANTICONCEPTIVA

SÍ ___ NO ___ ¿Utiliza usted o su pareja algún método de control de la natalidad en este momento?
SÍ ___ NO ___ En caso afirmativo ¿qué método(s) utiliza? _____ ¿Por cuánto tiempo ha utilizado este método? _____
SÍ ___ NO ___ ¿Ha tenido problemas con este o cualquier otro método de control de natalidad?
En caso afirmativo, explique _____

HISTORIA SEXUAL Y EVALUACIÓN DEL VIH

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a evaluar su riesgo para recibir infecciones de transmisión sexual (ITS).
Edad cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez _____ ¿Cuántas parejas ha tenido a lo largo de su vida? _____
¿parejas actuales? _____ ¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales? _____
SÍ ___ NO ___
 ¿Está usted activo sexualmente actualmente? Marque todas las que apliquen: vaginal anal oral otros
 ¿Durante el año pasado ha tenido usted más de una pareja sexual o una nueva? ¿Sus parejas son hombres, mujeres o ambos?
 ¿Se encuentra usted en una situación en la que es obligado a tener relaciones sexuales?
 ¿Siente usted que alguna de sus parejas le ha puesto en peligro de recibir una infección de transmisión sexual o el VIH?
 ¿Ha tenido usted alguna enfermedad de transmisión sexual como gonorrea, chlamydia, sífilis, herpes o verrugas?
 ¿Quiere hacerse la prueba de las infecciones de transmisión sexual o del VIH?
 ¿Tiene usted dolor o sangramiento al tener relaciones sexuales o alguna preocupación concerniente al sexo?
 ¿Alguna vez le ha realizado una prueba del HIV?
 ¿Conoce usted los resultados de esta prueba?
 ¿Mientras tiene relaciones sexuales utiliza usted condones?
 ¿Ha tenido usted relaciones sexuales estando tan bebido o drogado que no puede recordar los detalles?
 ¿Ha tenido relaciones sexuales para obtener drogas o dinero?
 ¿Ha tenido compartido un equipo para perforarse el cuerpo o tatuajes?
 ¿Su pareja sexual tiene relaciones con otros?
 ¿Le han diagnosticado a su pareja sexual con Hepatitis, VIH u otra infección de transmisión sexual? ¿Cuáles?
¿Cómo hace usted ahora para protegerse del VIH/SIDA? _____
Qué plan tiene Ud. Para reducir su riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual o VIH/SIDA? _____

HISTORIA SOCIAL / RIESGOS DE SALUD

SÍ ___ NO ___
 ¿Fuma usted? ¿Cuántos cigarrillos al día? _____
 ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, ¿Con cuánta frecuencia? _____
 ¿Utiliza usted o su pareja alguna droga callejera/prohibida o vía intravenosa (inyectable)?
 ¿Usted o su pareja comparten agujas de cualquier tipo?
 ¿Ha recibido usted o desearía recibir ayuda a problemas debido al abuso del alcohol o de las drogas?
 ¿Quiere usted conversar sobre problemas relacionados con una violación o con abuso emocional/físico/sexual?
 ¿Se encuentra usted o ha estado en una relación en la cual le han lastimado o amenazado físicamente?
 ¿Se siente usted seguro en su hogar?
 ¿Utiliza usted el cinturón de seguridad?
 ¿Hace usted ejercicios? Actividad _____
 ¿Se preocupa usted por su peso? ¿Dieta? ¿Trastorno alimenticio?
 ¿Está usted expuesto a peligros de trabajo en su lugar de empleo?

Por favor liste cualquier ALERGIA, incluyendo medicamentos, metales, látex, alergia o irritantes de la piel:

HISTORIA FAMILIAR (Si usted es ADOPTADO y NO CONOCE la historia de su familia biológica, por favor salte esta sección).

En su familia inmediata, cualquiera de sus miembros ha padecido de cualquiera de las siguientes enfermedades: En caso afirmativo, indique padre (F), madre (M), hermano (B) o hermana (S).

_____ Fallecimiento (edad, motivo) _____ Cáncer en la próstata (edad al inicio _____)

Ataque al corazón /apoplejía (edad al inicio _____) Otros tipos de cáncer
 Colesterol alto en la sangre /presión arterial alta Diabetes (insulinodependiente? Sí No)
 Enfermedad de Huntington Ataques Problemas en la tiroides
 Clientes nacidos en los Estados Unidos entre 1940-1971, o nacidos en el extranjero: ¿Ingirió su madre la hormona
 Dietilestilbestrol (DES por sus siglas en inglés) mientras estaba embarazada de usted? Sí No

HISTORIA MÉDICA PASADA

¿Ha tenido alguna cirugía o ha sido hospitalizado? sí no En caso afirmativo, describa _____
 ¿Tiene alguna incapacidad? sí no En caso afirmativo, explique _____
 ¿Se encuentra usted o ha estado bajo cuidado médico debido a una enfermedad o trastorno grave? Sí No
 En caso afirmativo, describa _____
 Liste todos y cada uno de los medicamentos o drogas que está tomando y la frecuencia, incluyendo los medicamentos sin receta,
 los herbales y las vitaminas _____
 ¿Tiene usted alguna otra fuente para sus cuidados de la salud? Sí No ¿Dónde? _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS Padece o ha padecido usted cualquiera de los siguientes (por favor marque cada punto)

1. General

- SÍ NO
- generalmente mi salud es buena
 - pérdida o aumento reciente de peso
 - resfriados, influenza, etc. frecuentes
 - fatiga crónica > de 6 meses
 - cáncer _____
 - VIH/SIDA
 - transfusiones de sangre/productos sanguíneos
 - una condición genética

2. Vacunaciones

- rubéola
- Hepatitis A y B
- Difteria y tétano

3. Cardiovascular

- Enfermedad/soplo en el corazón
- Colesterol sanguíneo alto
- Tensión alta
- venas varicosas
- tromboflebitis/coágulos de sangre en los pulmones o venas

4. Neurológicos

- apoplejía
- migraña (diagnosticado por un doctor)
- dificultades sensoriales (adormecido, olfato, gusto, auditivo)
- ataques/ epilepsia

5. Gastrointestinal

- SÍ NO
- problemas de estómago/intestinos
 - enfermedad del hígado/ictericia/ Mononucleosis
 - hepatitis
 - enfermedad de la vesícula

6. Endocrino

- diabetes
- problemas con las glándulas tiroides

7. Respiratorio

- asma
- Tuberculosis
- tos crónica

8. Genitourinario

- infecciones en la vejiga frecuentes (>3/año)
- problemas en la vejiga, urinario o de riñón
- orquitis / epididimitis
- dolores o bultos en los testículo
- lesiones en los genitales
- hernias
- Enfermedad transmitida sexualmente: clamidia, gonorrea, herpes sífilis, verrugas genitales, otros
- problemas de senos: secreciones, enfermedades por tumor, cirugía

14. Psicológico

- ansiedad
- depresión
- cambios de humor severos
- bajo tratamiento

9. Hematológico

- SÍ NO
- anemia
 - enfermedad de la coagulación de la sangre
 - transfusiones de sangre
 - Células falciformes/ Talasemia

10. Piel

- acné
- salpullidos/picazón crónica
- Otros problemas de la piel

11. Musculoesquelético

- artritis
- huesos partidos/ fracturados

12. Ojos

- problemas en los ojos
- lentes/lentes de contacto

13. Otorrinolaringología

- sangramiento frecuente por la nariz
- problemas auditivos
- problemas con los dientes / encías
- dolor frecuente de garganta

BASÁNDOME EN MIS CONOCIMIENTOS ESTA INFORMACIÓN ESTÁ COMPLETA Y CORRECTA .

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____ firma del personal _____ fecha _____

Revisión anual #1 no hay cambio hay cambio (consulte las notas de la evaluación física)

Firma del médico _____ Fecha _____ firma del personal _____ fecha _____

Revisión anual #2 no hay cambio hay cambio (consulte las notas de la evaluación física)

Firma del médico _____ Fecha _____ firma del personal _____ fecha _____