

HISTORIA MÉDICA DEL HOMBRE / MALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Este expediente médico es confidencial y no se dará a conocer a nadie excepto que sea necesario por la ley / This medical record is confidential and will not be released to anyone except as may be required by law.

Polk County Reproductive Health
100 Polk County Plaza, Ste. 180
Balsam Lake, WI 54810
715-485-8575

Cliente Nombre/Client Name _____
Cliente No/Client No. _____
Fecha/Date: ____/____/____

Nombre / Name: _____
(Apellido / Last) (Nombre / First) (Inicial del Segundo nombre / MI) Por

favor, me (nombre preferido) llamar / Please call me (preferred name): _____

Género preferido / Preferred Gender: He _____ She _____ Otro / Other: _____

Fecha de Nacimiento / Date of Birth _____ Edad / Age _____
(mes / día / año- mm / dd / yyyy)

Razón de su visita / Reason for visit: _____

¿Usted o su pareja viajó recientemente a una región conocida con la transmisión Zika o Ébola? ___ Sí ___ No Si es así, donde: _____ /
Have you or your partner recently traveled to a region with known Zika or Ebola transmission? ___ Yes ___ No If yes, where:

Por favor marque si es alérgico a / Please mark if you are allergic to: _____

- Penicilina / Penicillin Zithromax Doxycycline Sulfa Amoxicillin
 Yodo / Iodine Látex / Latex Metal Rocephin Tetracycline
 Anestesia Local / Local anesthetic No tengo Alergias / No Allergies
 Otra(s) / Other(s): _____

Escriba una lista de los medicamentos, vitaminas, medicinas compradas sin prescripción y/o hierbas que he esté tomando /
List medications, vitamins, over the counter drugs, and/or herbs you take:

¿Ha tomado antibióticos recientemente? Sí No Si contestó sí, ¿Cuándo? _____ ¿Para qué? _____ ¿Qué
clase? _____ / Have you recently taken antibiotics? Yes No If yes, When? _ What for? _ What kind? _

HISTORIA SEXUAL / SEXUAL HISTORY

¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales? Sí No / Have you ever had sex? Yes No

¿Está usted sexualmente activo? Sí No Si contestó sí, ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? _____ /
Are you currently sexually active? Yes No If Yes, when was the last time you had sex? _____

¿Ha tenido usted o su pareja una pareja sexual en su vida? Sí No / Have you or your partner had more than one sex partner in your
lifetime? Yes No

¿Ha tenido usted o su pareja una pareja sexual nueva en los últimos 90 días? Sí No No sé / Have you or your partner had a new partner in
the past 90 days? Yes No Don't know

¿Alguna vez ha realizado una actividad sexual en la que sintió que no podía decir que no? Sí No / Have you ever engaged in a sexual
activity where you felt you couldn't say no? Yes No

¿Usted o su pareja ha tenido síntomas o una diagnosis de una enfermedad sexualmente transmitida en los últimos 90 días?
 Sí No No sé / Have you or your partner had symptoms or a diagnosis of a sexually transmitted infection in the last 90 days?
 Yes No Don't know

¿Usted o su(s) pareja(s) ha(n) usado drogas intravenosas? Sí No No sé / Have you or your partner(s) used IV drugs?
 Yes No Don't know

Marque si tiene: sexo vaginal sexo oral sexo anal sexo con hombres sexo con mujeres sexo con ambos /
Mark if you have: vaginal sex oral sex anal sex sex with men sex with women sex with both

Marque si su pareja tiene: sexo vaginal sexo oral sexo anal sexo con hombres sexo con mujeres sexo con ambos /
Mark if your partner has: vaginal sex oral sex anal sex sex with men sex with women sex with both

Marque si alguna vez ha tenido: Clamidia Gonorrea Virus de Papiloma/verrugas genitales Herpes Sífilis /
Mark if you have ever had: Chlamydia Gonorrhea HPV/warts Herpes Syphilis

¿Usa condones? Sí, cada vez No Algunas veces / Do you use condoms? Yes, every time No Sometimes

¿Alguien ha metido con el condón antes o durante las relaciones sexuales? Sí No / Has anyone ever messed with your condom before or
during sex? Yes No

¿Usa su pareja un método anticonceptivo? Sí No No sé / Does your partner use birth control? Yes No Don't know

¿Su pareja sexual (s) de acuerdo con su decisión de evitar el embarazo y el uso de métodos anticonceptivos en este momento?
 Sí No / Does your sexual partner(s) agree with your decision to prevent pregnancy and use birth control at this time? Yes No

¿Está usted circuncidado? Sí No No sé / Are you circumcised? Yes No I don't know

HISTORIA MÉDICA DEL HOMBRE / MALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Polk County Reproductive Health
100 Polk County Plaza, Ste. 180
Balsam Lake, WI 54810
715-485-8575

Cliente Nombre/Client Name _____
Cliente No/Client No. _____
Fecha/Date: ____/____/____

PLAN DE VIDA REPRODUCTIVA / REPRODUCTIVE LIFE PLAN

- ¿Espera a tener (más) hijos? Sí No / Do you hope to have any (more) children? Yes No
¿Cuántos niños espera tener? _____ / How many children do you hope to have? _____
¿Cuándo se planee sus hijos? _____ / When would you plan your child/children? _____
¿Qué va a hacer hasta que usted (y su pareja) están listos para tener un bebé? _____ / What do you plan to do until you (and your partner) are ready to have a baby? _____
¿Qué puedo hacer hoy para ayudarle a alcanzar su plan? _____ / What can I do today to help you achieve your plan? _____

HISTORIA SOCIAL / SOCIAL HISTORY

- ¿Fuma cigarrillos/mastica tabaco? Sí No Si contestó sí, ¿Cuántos por día? # ____ ¿Quiere dejar de fumar? Sí No / Do you smoke/chew tobacco? Yes No If, YES, ____ # per day Do you want to quit? Yes No
¿Bebe alcohol? Sí No / Do you drink alcohol? Yes No
¿Usa drogas? Sí No / Do you use street drugs? Yes No
¿Usa esteroides/drogas para mejorar? Sí No / Do you use performance enhancing drugs? Yes No
¿Le causa problemas el alcohol/las drogas en su vida y/o hay personas que están preocupadas? Sí No / Do drugs cause problems in your life and/or are others concerned? Yes No
¿Se siente amenazado o con miedo en su vida? Sí No / Do you feel threatened or afraid of someone in your life? Yes No
Marque si tiene preocupaciones sobre: Relaciones sexuales forzadas/no deseadas Abuso físico Su peso
 Otra _____ / Mark if you have concerns about: Forced or unwanted sex Physical abuse Weight Other: _____
¿Ha recibido alguna vez cuidado médico o medicamentos para su salud mental? Sí No / Have you ever received medical care/medications for your mental health? Yes No

PAST MEDICAL HISTORY / PAST MEDICAL HISTORY

- ¿Ha estado hospitalizado alguna vez? Sí No Si contestó sí, ¿Por qué? _____ / Have you ever been in the hospital? Yes No If yes, why _____
¿Tiene un doctor? Sí No Si contestó sí, ¿Cuál es el nombre del doctor? _____ / Do you have a doctor? Yes No If yes, Doctor's name: _____

Haga una lista de cualquier problema médico que tenga: _____ / List any medical problems: _____

Nombre de la última clínica médica que visitó: _____ / Name of last medical clinic that you visited: _____

Tiene ahora o ha tenido alguna vez: / Do you now have or have you ever had:

Sí No / Yes No

___ ___ Anemia

___ ___ Sickle cell anemia, trait of Thalassemi

___ ___ Una condición Genética / Genetic condition

___ ___ Cirugía o enfermedad en el seno / Breast Surgery or disease

___ ___ Cáncer

___ ___ Diabetes

___ ___ Mitral Value Prolapse (MVP)

___ ___ Testículo no descendido / Undescended testicle

___ ___ Cirugía Bariátrica / Bariatric surgery

___ ___ Desórdenes/Problemas en la sangre / Blood disorders/Problems with your blood

___ ___ Infección en los testículos, escroto o próstata / Infection in testicles, scrotum or prostate

___ ___ Problemas del corazón/Presión arterial alta / Heart Disease/High blood pressure

___ ___ Thromboflebitis / coágulos de sangre / Thrombophlebitis/blood clot(s)

___ ___ Crecimiento/bulto/cirugía en el testículo / Testicle growth/lump/surgery

Sí No / Yes No

___ ___ Enfermedad en la vesícula biliar / Gall Bladder disease

___ ___ Asma / Asthma

___ ___ Derrame cerebral / Stroke

___ ___ Tuberculosis

___ ___ Colesterol alto / High Cholesterol

___ ___ Mono o Hepatitis

___ ___ Diagnóstico VIH/SIDA / Diagnosis w/HIV/AIDS

___ ___ Convulsiones/Epilepsia / Seizure disorder/epilepsy

HISTORIA MÉDICA DEL HOMBRE / MALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Polk County Reproductive Health
100 Polk County Plaza, Ste. 180
Balsam Lake, WI 54810
715-485-8575

Cliente Nombre/Client Name _____
Cliente No/Client No. _____
Fecha/Date: ____/____/____

HISTORIA FAMILIAR / FAMILY HISTORY

Si usted es adoptado y no sabe la historia médica de su familia pase a la siguiente sección. Han tenido su madre, padre, hermano o hermana alguno de los siguientes: / If you are adopted and do not know your family's medical history- go to next section.

Does your mother, father, brother, or sister have any of the following:

Derrame Cerebral / Stroke	___ Sí ___ No	Diabetes	___ Sí ___ No
Ataque al Corazón / Heart Attack	___ Sí ___ No	Presión Arterial Alta / High Blood Pressure	___ Sí ___ No
Coágulo de Sangre / Blood Clot	___ Sí ___ No	Cáncer en los seno / Breast Cancer	___ Sí ___ No
Cáncer en la Próstata / Prostate Cancer	___ Sí ___ No	Cáncer en los ovarios / Ovarian Cancer	___ Sí ___ No
Cáncer colorrectal / Colorectal Cancer	___ Sí ___ No	Cáncer testicula / Testicular Cancer	___ Sí ___ No
Colesterol alto / High Cholesterol	___ Sí ___ No		

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS / REVIEW OF SYSTEMS

A. General / General

___ Sí ___ No Aumento o pérdida peso reciente (+25 lbs) / Recent weight gain or loss (+25 lbs)
___ Sí ___ No Reacciones a medicamentos o comidas / Reactions to drugs or foods

B. Cardiovascular / Cardiovascular

___ Sí ___ No Dolor de pecho / Chest Pain
___ Sí ___ No Palpitaciones / Palpitations
___ Sí ___ No Venas varices / Varicose Veins

C. Genitourinario / Genitourinary

___ Sí ___ No Dolor o ardor al orinar / Pain or burning with urination
___ Sí ___ No Orina frecuente/dificultad para orinar / Frequent/ difficult urination
___ Sí ___ No Secreción, comezón, irritación, olor del pene / Discharge, itching, irritation, odor from penis
___ Sí ___ No Bultos, sarpullido, llagas en el pene, en la ingle o en el escroto / Bumps rash, sores on penis, groin or scrotum
___ Sí ___ No Sangre en la orina / Blood in urine
___ Sí ___ No ¿Ha orinado en la última hora? / Have you urinated in past hour?
___ Sí ___ No Dolor en los testículos o escroto / Pain in testes or scrotum
___ Sí ___ No Dolor o sangrado durante relaciones sexuales o eyaculación / Pain or bleeding with sex or ejaculation

D. Músculos-esqueleto / Musculoskeletal

___ Sí ___ No Dolor muscular o de los huesos / Muscle or bone pain/weakness
___ Sí ___ No Dolor de espalda / Back pain

E. Piel / Skin

___ Sí ___ No Acné / Acne
___ Sí ___ No Sarpullido/comezón / Rash/itching
___ Sí ___ No Sudores nocturnos/ fiebre/escalofríos / Night sweats/ fever/ chills
___ Sí ___ No Otros problemas en la piel / Other skin problems

F. Senos / Breasts

___ Sí ___ No Bultos en los senos / Breast lump
___ Sí ___ No Dolor en los senos / Breast pain
___ Sí ___ No Secreción del pezón / Nipple discharge

G. Ojos, Oídos, Nariz, y Garganta / Eyes, Ears, Nose, Throat

___ Sí ___ No Problemas de audición / Hearing problems
___ Sí ___ No Sangrados nasales frecuentes / Frequent nose bleeds
___ Sí ___ No Dolor frecuente de garganta / Frequent sore throat
___ Sí ___ No Problemas de la Tiroides / Thyroid problems
___ Sí ___ No Visión nublada/ visión doble / Blurred vision/double vision

H. Respiratorio / Respiratory

___ Sí ___ No Tos crónica / Chronic cough
___ Sí ___ No Falta de aliento/Problemas para respirar / Shortness of breath/breathing problems

HISTORIA MÉDICA DEL HOMBRE / MALE MEDICAL HEALTH HISTORY

Polk County Reproductive Health
100 Polk County Plaza, Ste. 180
Balsam Lake, WI 54810
715-485-8575

Cliente Nombre/Client Name _____
Cliente No/Client No. _____
Fecha/Date: ____/____/____

I. Neuro/Psiquiátrico / Neuro/Psych

- Sí No Dolores de cabeza / Headaches
 Sí No Convulsiones/ Intervalos / Convulsion/Seizures
 Sí No Dificultad con la memoria o el habla / Difficulty with memory or speech
 Sí No Problemas emocionales / Emotional problems
 Sí No Tristeza / Sadness
 Sí No Nerviosismo / Nervousness
 Sí No Adormecimiento/hormigueo / Numbness/tingling

J. Gastrointestinal / Gastrointestinal

- Sí No Dolor abdominal / Abdominal pain
 Sí No Nausea/vómitos / Nausea/vomiting
 Sí No Cambios en sus hábitos para excrementar / Changes in bowel habits
 Sí No Cambios en el apetito / Changes in appetite
 Sí No Estreñimiento/diarrea / Constipation/ diarrhea
 Sí No Dolor o sangrado rectal / Rectal pain or bleeding

K. Vacunas (Maque todas las que ha recibido) / Immunizations (check all you've had)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tétano / Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Tos ferina / Pertussi | <input type="checkbox"/> Gardasil/Virus de Papiloma / Gardasil/HPV |
| <input type="checkbox"/> Sarampión / Measles | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Rubéola / Rubella | <input type="checkbox"/> Infección Meningocócica / Meningococcal |
| <input type="checkbox"/> Paperas / Mumps | <input type="checkbox"/> Varicela / Chicken Pox | | |

DIETA & EJERCISIO: # de porciones de los siguientes/por día: __ Lácteos __ Proteínas __ Verduras __ Frutas __ Granos /

DIET & EXERCISE: # of servings of the following/per day: __ Dairy __ Protein __ Vegetables __ Fruits __ Grains

¿Cuántas comidas come al día? / How many meals do you eat a day _____ ¿Cuánto café, té o soda al día? / How much coffee, tea and soda per day? _____ ¿Qué hace para activiy física? / What do you do for physical activity? _____

¿Cuántas horas duerme? / How many hours of sleep do you get? _____

De acuerdo a mi mejor conocimiento la información arriba está completa y correcta / To the best of my knowledge the above information is complete and correct.

Firma del Paciente / Patient Signature: _____ Fecha / Date ____/____/____

Notas del personal / Staff notes:

Tiempo de Asesoramiento / Counseling Time: _____ Tiempo TOTAL: de cara a cara / Total: face-to-face time: _____

Firma del Personal / Staff Signature: _____ Fecha / Date ____/____/____