

Label

ANTECEDENTES DE LA SALUD
DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

Fecha: _____

A. INFORMACIÓN GENERAL (Favor de completar lo siguiente)

- 1. ¿Cuál es el motivo de su visita? _____
- 2. Contacto de emergencia: _____
- 3. ¿Podemos enviarle correo? Sí No ¿Llamar por teléfono? Sí No su número de teléfono es _____
- 4. ¿Tiene médico de cabecera? Sí No ¿Quién es? _____
- 5. ¿Qué grado completó en la escuela? _____
- 6. ¿Ocupación? _____
- 7. Tiene alguna discapacidad/Idioma Principal _____

B. ANATECEDENTES MÉDICOS, HOSPITALIZACIONES, MEDICAMENTOS

- 1. Liste hospitalizaciones y cirugías con las fechas _____
- 2. Medicamentos: ¿Toma medicamentos (con o sin receta) o suplementos herbales o dietéticos? Sí No
¿Qué? _____

Tiene problemas con:

Uretra Sí No próstata Sí No vejiga urinaria Sí No riñones Sí No

3. Antecedentes médicos: Si la respuesta es positiva marcar la caja con una X bajo YO o FAMILIA (padres, abuelos, hermanos, hijos)

YO	FAMILIAR		YO	FAMILIAR	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Anemia, Trastornos hemorrágicos/drepanocito (células falciformes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Hepatitis/Problemas con el Hígado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Migraña
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Presión sanguínea alta/colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Coágulos en las piernas o pulmones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. problemas de la glándula tiroides/endocrinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Enfermedad mental/trastornos de angustia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Transfusión de sangre o productos de sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Defectos de nacimiento/problemas genéticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Tuberculosis

Si responde Sí, favor de explicar: _____

C. ANTECEDENTES SEXUALES

¿Usted es sexualmente activo? Sí No

¿Usted recibe sexo? Anal oral vaginal ¿Usted provee sexo? Anal oral vaginal

Orientación: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro

¿Siente dolor cuando tiene relaciones sexuales? Sí No

¿Ha sido violado sexualmente, o sufrido de abuso emocional o físico? Sí No ¿Ha cambiado de pareja recientemente? Sí No

1. ¿Tiene relaciones sexuales con? Hombres solamente Mujeres solamente hombres y mujeres

2. En los últimos dos meses, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales? _____

3. En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales? _____

4. ¿Será posible que alguna de sus parejas sexuales en los últimos 12 meses haya tenido relaciones sexuales con otra persona mientras estaban en una relación sexual con usted? Sí No

5. ¿Qué hace usted para protegerse contra enfermedades de transmisión sexual y el VIH? _____

6. ¿Qué método anticonceptivo está usando? _____

7. ¿Usted o su pareja usan condones u otro tipo de protección cada vez que tienen relaciones vaginales, orales o anales? Sí No

8. ¿Usted ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál enfermedad y cuándo? _____

9. ¿Alguna de sus parejas ha tenido enfermedades sexuales? (eje., clamidia, gonorrea, tricomonosis, herpes, sífilis, hepatitis B, otra) Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál y cuándo? _____

10. ¿Usted o alguna de sus parejas se han inyectado drogas ilegales? Sí No

11. ¿Usted o alguna de sus parejas han intercambiado dinero o drogas por sexo? Sí No

12. ¿Se ha hecho la prueba del VIH? Sí No ¿Cuándo? _____

13. ¿Quisiera hacerse la prueba del VIH hoy? Sí No

FACTORES DE RIESGO:

¿Tiene sexo sin precauciones? Sí No ¿Tiene sexo con múltiples compañeros? Sí No ¿Ocupacional? Sí No

¿Uso de alcohol/drogas ilegales? Sí No ¿Prevalencia de ETS es alta en la comunidad? Sí No

¿Antecedentes de ETS? Sí No ¿Su madre biológica estaba infectada? Sí No

¿Empezó a tener relaciones sexuales desde la niñez? Sí No

D. ANTECEDENTES SOCIALES/HÁBITOS TÓXICOS

1. ¿Fuma, usa productos de tabaco sin humo, usa cigarrillos electrónicos con nicotina? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Qué fuma? _____

2. ¿Toma alcohol? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿El alcohol es un problema para usted? Sí No ¿Qué tipo de alcohol toma? _____

3. ¿Usa drogas ilegales? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Qué drogas usa? _____

4. ¿Alguien a su alrededor toma alcohol, usa productos de tabaco, cigarrillos electrónicos o drogas ilegales? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

E. HISTORIAL DE SALUD MENTAL

1. ¿En las últimas dos semanas, ha tenido problema con alguno de lo siguiente?

a. Sentirse deprimido, irritable, desesperado o sin esperanza Sí No

b. Tiene poco interés o placer en hacer las cosas Sí No

2. ¿Está en una relación con una persona que le pega o amenaza? Sí No

3. ¿En el último año, le han pegado, pateado o lastimado físicamente? Sí No

¿Ha recibido psicoterapia anteriormente? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿en dónde? _____

¿Ha tomado medicamento para su salud mental? Sí No

¿Le dieron información de Daymark (centro psiquiátrico)? Sí No

Firma del Entrevistador: _____ Fecha: _____

Firma del Intérprete (si se utilizó) _____ Fecha: _____

F. EVALUACIÓN DE INMUNIZACIONES SEGÚN LAS REGLAS DE LOS CDC (UTD=al día; REF=referido y NA=no aplica)

Td/Tdap <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA	MMR <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA	Varicella <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA	HPV <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA	Hepatitis A <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA
Hepatitis B <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA	Meningococcal <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA	Pneumonia <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA	Influenza <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> REF <input type="checkbox"/> NA	

Fuente de Información: NCIR Patient Other Written Documentation

FOR STAFF USE ONLY

SMOKING:

Would Quit

Cessation Counseling

Refer to stop smoking clinic

Smoking cessation assistance (quit paper?)

Negotiate day of cessation

Referral to cessation counselor advisor

Seen smoking by cessation counselor

Smoking cessation program start date _____

ALCOHOL:

Status: Social Drinker

Beer

Liquor

Wine

N/A