

## HISTORIAL MEDICO MASCULINO

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **Nº DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de su visita hoy? \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de cualquier alergia, incluya alergias a medicamentos, irritantes o alergias de la piel, o sensibilidad al látex/goma:

### HISTORIA PERSONAL

¿Actualmente usa usted o su pareja un método anticonceptivo? Sí No

¿Cuál es su método anticonceptivo actual?  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha utilizado este método? \_\_\_\_\_  
¿Está satisfecho con este método? Sí No

¿Fuma? Sí No Cantidad \_\_\_\_\_ cajetillas/día

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Cantidad/día \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilícitas o se inyecta alguna droga? Sí No

¿Ha sido abusado sexualmente o físicamente? Sí No

¿Recibió ayuda de consejos? Sí No

¿Se siente seguro en su hogar? Sí No

¿Se siente seguro en su relación actual? Sí No

¿Hace ejercicio a diario? Sí No

¿Usa su cinturón de seguridad? Sí No

### ¿HA TENIDO USTED O ALGUN PARIENTE SANGUINEO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES:

Diabetes Sí No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Cáncer Sí No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Alta Presión Sanguínea Sí No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Enfermedad del Corazón Sí No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo un tratamiento con su médico familiar por alguna condición? Sí No

¿Cuál es la condición? \_\_\_\_\_

Historia Quirúrgica: \_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos recetados y sin receta, incluyendo hierbas que esté tomando: \_\_\_\_\_

### HISTORIA SEXUAL

¿Con quién tiene relaciones sexuales?

Hombres Mujeres Ambos

¿Está sexualmente activo actualmente? Sí No

Circule el tipo(s) de relaciones sexuales que practica:

Vaginal Anal Oral

¿Ha tenido: Sí No

Una pareja sexual nueva en los pasados 60 días? Sí No

Una pareja sexual que ha tenido múltiples parejas en los pasados 30 días? Sí No

Número de parejas este año: \_\_\_\_\_

Número de parejas de toda la vida: \_\_\_\_\_

¿Se ha hecho alguna vez la prueba del VIH/SIDA? Sí No

¿Ha tenido su pareja más de una pareja sexual en los pasados tres meses? Sí No

¿Ha recibido su pareja(s) recientemente tratamiento para una enfermedad transmitida sexualmente? Sí No

Circule cualquier síntoma que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:

Dolor al orinar Frecuencia urinaria

bulto o llaga en su pene

Orina durante la noche eyaculación dolorosa

descarga del pene sangre en la orina

¿Ha orinado en la pasada hora? Sí No

PREGUNTAS/PREOCUPACIONES: \_\_\_\_\_