NEICAC Health Services
Family Planning Program
Male Problem Visit History

Client Label

Fecha: ___________________ Edad: ____________

Razón de su visita hoy: ____

HISTORIA MÉDICA PREVIA

Sí	No	
		¿Tiene alergia al látex?
		Favor de apuntar sus medicamentos:
		¿Está tomando algún medicamento (drogas, vitaminas, medicamentos sin receta/recetados, hierbas) **Si así es, favor de apuntarlos**
		¿Ha estado bajo el cuidado de un médico por alguna enfermedad o condición crónica? **Si así es, apunte:**

HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES

Año	Razón

HISTORIA SOCIAL – Nicotina, Alcohol y/o uso de drogas

Sí	No	
		¿Fuma cigarrillos, cigarros, o mastica tabaco?
		¿Toma bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor)? _______ bebidas por semana
		¿Usan usted o su pareja drogas ilícitas o IV?
		¿Siente que debería reducir o dejar de consumir bebidas alcohólicas/drogas?

LAS RELACIONES Y LA SEGURIDAD – La violencia y el abuso sexual son comunes en la vida de muchas personas. Hay ayuda para usted si está siendo abusado o lastimado.

Mi pareja me ha amenazado o asustado. (Rodee con un círculo)
A menudo A veces Nunca Niega a responder

Mi pareja me ha maltratado físicamente. (Rodee con un círculo)
A menudo A veces Nunca Niega a responder

Me han obligado a tener sexo. (Rodee con un círculo)
A menudo A veces Nunca Niega a responder

HISTORIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Sí	No	
		¿Usan usted o su pareja anticonceptivos ahora? Si así es, ¿cuáles?____________________________ Si no, ¿por qué no?: ☐ tratando de tener un bebé ☐ Pareja(s) es del mismo sexo ☐ Otro____________
		¿Desea tener (más) hijos? Si así es, ¿cuándo? ☐ Más de 1 año ☐ Menos de 1 año ☐ Inseguro

HISTORIA SEXUAL

¿Qué está usando para protegerse de las infecciones transmitidas sexualmente?

Sí	No	
		¿Es sexualmente activo ahora? Rodee con un círculo todo lo que aplique: Vaginal Anal Oral Fecha de última vez que tuvo sexo ______________
		¿Ha tenido una nueva pareja sexual en los pasados 3 meses?
		¿Ha tenido su pareja una nueva pareja en los pasados 3 meses?
		¿Cuántas parejas ha tenido en los pasados 12 meses? ______________________________
		¿Alguna vez ha tenido una infección transmitida sexualmente? Si así es, marque cuál: ☐ Clamidia ☐ Gonorrea ☐ Verrugas Genitales/VPH ☐ Herpes ☐ Hepatitis B o C ☐ Sífilis ☐ VIH ☐ Tricomoniasis ☐ Otra
		¿Ha recibido tratamiento su pareja para una infección transmitida sexualmente? Si así es, ¿cuál? ________________________________

¿Tiene alguna duda o pregunta sobre el sexo de la cual le gustaría hablar hoy?
Explique____

HISTORIA GENITAL DEL HOMBRE

Sí	No	**¿Le aplican algunas de las siguientes?**
		¿Frecuencia, dolor o ardor al orinar?
		¿Ha orinado en la pasado hora?
		¿Flujo del pene?
		¿Dolor/hinchazón de los testículos/escroto?
		¿Dolor/sangrado cuando eyacula?
		¿Bultos/llagas en su pene o escroto?
		¿Trauma/operación genital? Explique________________________________
		¿Es circuncidado?
		¿Se auto-examina sus testículos?

LLENE ESTA SECCIÓN SI ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD

Sí	No	
		¿Saben sus padres/tutores de su visita a planificación familiar?

A MI LEAL SABER Y ENTENDER, ESTA INFORMACIÓN ES COMPLETA Y CORRECTA.

X________________________________ **Fecha** __________
FIRMA DEL CLIENTE

NEICAC Health Services
Family Planning Program
Male Problem Visit History

Client Label

SUBJECTIVE

Birth Control Method:________________________________ Since:______________ Consistent Use? ☐ Yes ☐ No

Purpose of visit/Chief Complaint:____

Subjective (Clinician):____

OBJECTIVE

WT.:_______ HT:_______ B/P________ TEMP:_________ ☐ NAD

Allergies:

Staff Signature & Title____

PHYSICAL EXAM	NL	Abn	NE	DESCRIPTION
NECK/THYROID				
HEART				
LUNGS				
BREAST				
GI: LIVER				
ABD/TRUNK				
EXTREMITIES				
PENIS ☐Cir. ☐ Uncir				
SCROTUM				
TESTES				
RECTUM				
SKIN				
LYMPHATIC				
EXTREMITIES				
OTHER				

LAB TESTS	Done	Results	Initials	Urine Test	Result	Initials
Chlamydia				Leuko		
Gonorrhea				Nitrates		
Herpes				Protein		
HIV				Glucose		

Assessment:

Plan:

Education Provided:

	Discussed	Fact sheet/Brochure		Discussed	Fact Sheet/Brochure
STD/HIV Prevention	☐	☐	Partner Treatment	☐	☐
Safe Sex Practices	☐	☐	Smoking risks	☐	☐
Testicular Self Exam	☐	☐	Birth Control options	☐	☐
Gardasil/Vaccines	☐	☐	Reproductive Life Plan	☐	☐
STD treatment information	☐	☐			

Clinician Signature: ___________________________________ Date: ______________________