Historial Integral de Planificación Familiar: Masculino

Identificación del paciente:

Fecha de hoy: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Enumere los medicamentos, alimentos, látex, etc. a los que usted es alérgico **y la reacción que le provoca:** _____

Historial familiar

Sí	No	**¿Alguno de sus abuelos, padres o hermanos hermanos/hermanas ha padecido alguna de las siguientes afecciones? Si es afirmativo, por favor mencione quién y a qué edad.**
☐	☐	Formación de coágulos de sangre en brazos/piernas/pecho _____
☐	☐	Problemas de sangrado _____
☐	☐	Tensión arterial alta_____
☐	☐	Colesterol/triglicéridos altos _____
☐	☐	Cancer de mama/ovarios/útero/próstata/colon _____
☐	☐	Ataque al corazón _____
☐	☐	Accidente cerebrovascular _____
☐	☐	Diabetes _____
☐	☐	Defectos de nacimiento _____
☐	☐	Abuso de alcohol/drogas

Su historial nutricional

Sí	No	
☐	☐	¿Exiten cambios que a usted le gustaría hacer en su dieta? Si respondió sí, describa _____
☐	☐	¿Sigue una dieta especial? (por ej., vegetariana, para diabéticos) Si es afirmativo, por favor describa _____
☐	☐	¿Hace ejercicio regularmente? Describa _____

Mencione otros suplementos, vitaminas, hierbas o medicamentos para perder peso que utiliza: _____

¿Es su peso: ____ apropiado _____ muy pesado ____ muy delgado?

Su historial médico

Sí	No	**¿Tiene, o ha tenido, alguno de los siguientes?**
☐	☐	¿Está tomando algún medicamento de venta bajo receta o de venta libre? Enumere: _____
☐	☐	Enfermedades cardíacas, presión arterial alta
☐	☐	Formación de coágulos de sangre en brazos/piernas/pecho
☐	☐	Ataque al corazón o Infarto
☐	☐	Colesterol/triglicéridos altos _____
☐	☐	Cáncer: ¿Qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____
☐	☐	Problemas en la sangre (Anemia falciforme, hemofilia, bajo nivel de hierro)
☐	☐	Usted o su pareja han tenido alguna vez alguna transfusión de sangre/tejido o trasplante de órganos, inseminación artificial? ¿En qué año? _____
☐	☐	Cirugía - mencione tipo de cirugía y fecha _____
☐	☐	Enfermedad hepática (hepatitis , mononucleosis, ictericia, cirrosis)
☐	☐	Diabetes
☐	☐	Depresión o problemas emocionales
☐	☐	Si usted nació antes de 1975, ¿Su madre tomó DES cuando estaba embarazada de usted?

Historial de vacunas (enumere la(s) fecha(s))

☐	☐	Vacuna contra el sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)_____
☐	☐	Vacuna contra el tétano difteria, tos ferina (tos convulsa) (Td/Tdap) _____
☐	☐	Vacuna contra la Hepatitis A _____
☐	☐	Vacuna contra la Hepatitis B _____
☐	☐	Vacuna contra la varicela _____
☐	☐	Vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) _____
☐	☐	Vacuna antigripal _____

Reverso

Su historial reproductivo

Sí	No	
☐	☐	¿Alguna vez ha causado un embarazo? Si la respuesta es sí, ¿Cuántos niños tiene? _____
☐	☐	¿Tiene planificado un embarazo en el futuro?
☐	☐	¿Está usando algún método anticonceptivo? Por favor marque los métodos anticonceptivos que usa: □ Condones □ Vasectomía □ Confía en el método de su pareja. ¿Qué métodos utiliza su pareja? _____

Su historial urológico

Sí	No	
☐	☐	¿Tiene secreción anormal del pene actualmente?Describa _____
☐	☐	¿Tiene o tuvo una lesión, dolor, o bulto en su pene? Describa _____ ¿Cuando? _____
☐	☐	¿Tiene o tuvo alguna lesión, dolor, o bulto en su escroto o testículos? Describa _____ ¿Cuando? _____
☐	☐	¿Usted se hace un auto examen de los testículos?

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- ☐ Clamidia
- ☐ Sífilis
- ☐ verrugas genitales / HPV
- ☐ Gonorrea
- ☐ Herpes
- ☐ trichomoniasis

Su historial personal

Sí	No	
☐	☐	¿Fuma cigarrillos? ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Tabaco sin humo? _____
☐	☐	¿Bebe alcohol? ¿Cuántas bebidas al día? _____ ¿a la semana? _____
☐	☐	¿Siente usted que debe reducir su consumo de alcohol?
☐	☐	¿Consume drogas ilegales? (éxtasis, metanfetamina, marihuana, etc.)
☐	☐	¿Está usando medicamento con receta no recetados para usted?
☐	☐	¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) han utilizado agujas para drogas? (inyección de drogas)
☐	☐	¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) han tenido sexo a cambio de drogas o dinero?
☐	☐	¿Usa condones? Nunca _____ Algunas veces _____ Siempre _____
☐	☐	¿Le han practicado pruebas de VIH? ¿Cuándo? _____
☐	☐	¿Es usted VIH positivo?
☐	☐	¿Alguna vez ha sido forzado para tener sexo?
☐	☐	¿Alguna vez has sido golpeado, abofeteado, pateado, sacudido o herido por alguien?
☐	☐	¿Hay alguien que le hace sentir inseguro ahora?
☐	☐	¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 2 meses?
☐	☐	¿Su pareja sexual tiene otras parejas?

1. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 2 meses? __
2. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año?_____
3. ¿Son sus compañeros sexuales masculinos _____ femenino _____ ambos _____?
4. ¿Practica el sexo oral _____ sexo vaginal _____ sexo anal _____?
5. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales? _____

_____
Firma del cliente

_____
Firma del personal