

Por favor use letra de molde
Fecha: _____

CENTRAL HEALTH CENTER
HISTORIA MEDICA MASCULINA

Numero de Paciente _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Razon Por Su Visita: _____ Es Estudiante: Si ___ No ___

Estado Civil: S C D V Separado Vive con alguien Años de Escuela que completo _____

- SI NO** Medico familiar: _____
 Esta recibiendo cuidado de otro proveedor?
Razon por su visita _____
 Alergia a algun medicamento, metal, anestesia, o latex?
Lista: _____
 Toma algun medicamento?(incluyendo remedios y vitaminas
Lista: _____

HISTORIA FAMILIAR

- SI NO**
 Fuiste adoptado?
Su Mama (M), Papa (P), Hermana (HA), Hermano (HO), Abuela (AA), Abuelo(AO)
tiene alguna de los siguientes:

- | SI NO | | Quien |
|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Madre o hermana embarazada antes de los 18 anos de edad? | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Alta Presion | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Alto Colesterol | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coagulacion en la sangre | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Embolia o Paro Cardiaco (si, si a que edad) | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Diabetis | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cancer | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Muerte antes de los 50 años de edad | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Alguna otra condicion que existe en su familia? | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Algun miembro de su familia nacio con defectos de nacimiento? | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Otro _____ | _____ |

Alguna rez le a dicho algun doctor que

HISTORIA PERSONAL

- | SI NO | Ha tenido o tiene alguno de los siguientes? | Empleado |
|---|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cancer | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Condicion Genetico | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Enfermedad del corazon / Infarto Cardiaco | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hipertension (Alta Presion) | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Embolia | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Colesterol Alto / Triglicéridos | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cuagulos de sangre en las piernas etc. / Thrombosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Varices/ Venas Varicosas | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Anemia/Anemia de Globulos Falciformes | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Cuagulation en la Sangre | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Transfusiones de Sangre | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Migranas: si su respuesta es si tiene | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cambio de vision, (No incluir sensibilidad de la luz) | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Entumecimiento / debilidad / hormigueo en los brazos o piernas | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problema para hablar | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Convulsiones/ Epilepsia | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Tumor Benigno Cerebral | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Diabetis | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Problema de la Tiroides | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Asma / Tos Cronica / Tuberculosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cancer del Seno / Bolita / Desecho | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cirugia en los Senos | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Hgado/Hepatitis/ Mononucleosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la Vesícula | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Colitis/ Problemas Intestinales | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Infecciones Frecuentes del la Uretra | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Problemas / Infecciones del la Vejiga | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Problemas / infecciones del los Rinones | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Artritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Huesos Rotos/ Fracturados/ Osteoporosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ictericia (piel amarillenta) | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ampollas o Fuegos | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Depresion Severa Ansiedad | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Desordenes Alimenticios | _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hospitalizaciones / Cirugias Pasadas | _____ |

Comentarios

Revison de Sintomas-Tiene Ahora:

- SI NO**
Constitucional
 Generalmente sano
 Reciente perdida o aumento de peso ≥ 10 lbs
 Frecuencia de gripe o influenza etc.
 Fatiga cronica (>6 meses)

Cardiovascular

- Dolor en el pecho/presion

Hematológico

- Hinchazon en los brazos/piernas/enrojesimiento

Neurológico

- Entumecimiento/perdida sensorial
 Dolor de cabeza: Si,

su respuesta es si / alguna ves a tenido lo siguiente antes o después del dolor de cabeza:

- Cambio en la vision, (No incluyendo sensibilidad a la luz)
 Entumecimiento / debilidad / hormiguero de brazos o piernas
 Problema con el habla

Pecho/Senos

- Problemas de Respiracion / falta de aire
 Dolor en el Pecho/ Bolita/desecho

Gastrointestinal

- Dolor abdominal Severo
 Nausea/ vomito/ diarrea/estreñimiento
 Sangrado Rectal
 Dolor rectal/ picazon/ desecho

Genitourinario

- Sangre en la urina
 Dolor/ ardor/ dificultad o frecuencia al orinar
 Golpe en los testiculos o ingle
 Hernia/ hidrocele/ varicocele
 Sangrado/ desecho abnormal del pene
 Llagas/ bolas/ Rosadura en la area genital
 Dolor/sangrado con eyaculación / penetracion
 Alguna otra _____
 Ha urinado en la ultima hora?

Musculoskeletal

- Dolor severo en los brazos/ piernas/ coyunturas

Piel

- Piel amarillenta
 Espinillas, granos
 Sarpudido / picazon
 Llagas / lesiones/ otras problemas con la piel

Ojos, Oídos, Nariz, Garganta

- Ojos amarillentos
 Vision borrosa o doble
 Dolor de oido/ problemas para oir
 Sangrado del la nariz frecuente
 Dolor de garganta / dificultad para tragar/pasar
 Problemas con los dientes o encia

Psych

- Cambio severo de estado de animo/ Ansiedad/ Tristeza

Historia de EST

Tiene o a tenido las siguientes? Marcar todas las que tiene o a tenido

- Clamidia Sifilis Tricomonas
 Gonorrea Verrugas / HPV Hepatitis
 Herpes Molusco VIH

Fechas / Tratamientos _____

Vacunas

Per lo general se obtiene a la edad de 5 años

- | SI | NO | No Sé | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rubeola/Sarampion/Paperas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna del Tetano en los ultimo 10 anos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna del Hepatitis B (3 inyecciones)) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gardasil (serie de 3 inyecciones) |

PLANIFICACION DE FAMILIAR

SI NO No Sé

Ha Tenido Hijos?
Si contesta Si, Cuantos? _____

Piensa tener mas hijos?
Si contesta Si, Cuantos? _____

Usted y su Pareja usan un metodo de anticonceptivo?
Si contesta que si, Cual? _____

Cuando que la ultima vez que uso el metodo?

Su pareja usa algun anticonceptivo?
 Esta teniendo dificultad su pareja para quedar embarazada?
 Desea mas information acerca de anticonceptivos?
 Le podemos ayudar con informacion en planificaci3n familiar (Plan de Vida Reproductiva)?
 Planea un embarazo el los proximos 12 meses?
 Planea usted un embarazo en los pr3ximos 1-3 a3os?
 Planea usted un embarazo en los pr3ximos 3-5 a3os?
 Planea usted un embarazo en los pr3ximos 5-10 a3os?

HABITOS DE SALUD
Conteste todas las preguntas

Ocupacion: _____
Es estudiante? Si No

Que tan seguido se hace:
Se hace auto examen de los senos _____
Se hace auto examen testicular _____
Ejercicio _____
Toma agua: veses de 8 oz _____ al dia
Toma una multivitamina _____
Toma un suplemento de calcio _____
Usa el cinturon de seguridad _____
Toma cafeina: # _____ al dia
Fuma? Cuantos cigarros al dia? _____
Toma alcohol: Cuantas veces a la semana _____
Usa drogas _____
Usa agujas intrevenosas _____

Cuantas come al dia:
Frutas _____
Vegetales _____
Huevos/Carne _____
Leche/Productos de Leche _____

No Llene ni Firme nada Debajo de Esta L3nea

Education:	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	Sexual Health Assessment	<input type="checkbox"/>
Available Contraceptive Methods	<input type="checkbox"/>	Prostate	<input type="checkbox"/>	Patient Rights & Responsibilities	<input type="checkbox"/>
Sexually Transmitted Diseases	<input type="checkbox"/>	Testicular / Self Exam	<input type="checkbox"/>	Notice of Privacy Practices	<input type="checkbox"/>
How To Use a Condom	<input type="checkbox"/>	Rubella	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Information	<input type="checkbox"/>
Family Involvement	<input type="checkbox"/>	Smoking	<input type="checkbox"/>	ABC's	<input type="checkbox"/>
Abstinence / Resisting Sexual Pressure	<input type="checkbox"/>	Breast Self Exam	<input type="checkbox"/>	Relationship Check Form	<input type="checkbox"/>
Emergency Contraception	<input type="checkbox"/>			Other: _____	

Nombre del Paciente: _____
Numero del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA SOCIAL

SI NO N/A

Si 18 o m3s joven; estan sus padres conscientes de esta visita?

Es activo sexualmente? Vaginal Oral Anal

Sus pareja es: Hombre Mujere Ambos

Su edad cuando tuvo su primer relacion sexual? _____ Fue:
 Voluntario Forzado Coercion Violacion

Cuanto tiempo tiene con su pareja?

N3mero de parejas en los ultimos: 3 meses _____
12 meses _____ en su vida _____

Cuando tiene sexo usa condones cada vez?
 Su pareja tiene dificultad en embarazarse?
 Tiene preguntas o preocupaciones aserca del sexo?

HISTORIA PSICOSOCIAL

Tiene problemas emocionales/severas/Problemas en su relacion?

Alguien le pega, golpea, da patadas lastima?

Alguien lo forza a tener sexo?

Le tiene miedo a su pareja?

El alcohol o drogas le causan problemas en su vida?

Otros se preocupan por su uso de alcohol o drogas?

Tiene dificultad durmiendo?

Quiere las pruebas de Enfermedades Transmitidas sexualmente?

HISTORIA DE LA(S) PAREJA(S)

Cuantas parejas a tenido su pareja antes de usted? _____
Ha tenido una pareja que:
SI NO No S3

Es bisexual?

Tiene/ Ha tenido parejas multiples?

Fue/Esta en riesgo de VIH o ETS?

Uso/Usa agujas o drogas intrevenosas

De lo mejor de mi conorimiento la historia de arriba es completa y exacta. Comprendo la informaci3n educativa que se me dio. Se me a dado la oportunidad de hacer preguntas. Si tengo 18-a3os o menos estado fuertemente alentado a mis discutir necesidades de planificacion familiar con mis padres y yo he recibido informacion en la abstinencia y como resistir presion sexual. Si fumo he sido dado informacion y comprendo los rjesgos para mi salud. Me han dicho que si pruebas fueron tomadas para enfermedades de transmission sexual (STD), informacion de resultados positivos seran dadas a agencias sanitarias requeridas por la ley. Comprendo que Servicios Humanos y de salud de Nebraska pueden conseguir acceso a mi historial medico para determinar la calidad de servicios proporcionados por esta agencia.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo doy consentimiento a SER examinado, consulta, pruebas, inclusive la prueba de VIH, y el tratamiento en esta clinica.

Si no deseo la prueba del VIH, yo notificar3 al personal de CHC de que yo no deseo la prueba del VIH. **Formulario de renuncia (NO FIRME HASTA QUE LE DIGA UN PERSONAL COMO TESTIGO)**

Firma del paciente _____ Firma del personal _____ Fecha _____

GARANTIA DE CONFIDENCIALIDAD

Este documento m3dico es confidencial y no sera liberado a nadie sin su consentimiento por escrito s3lo si la ley lo requiere.