

1. Apellido	Primer nombre	Inicial del 2º nombre									
2. No. del paciente		— H									
3. Fecha de nacimiento	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>										
4. Dirección del domicilio	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>										
5. Edad: _____	6. Estado civil: _____	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>									
7. Condado donde reside	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>										
8. Raza 1. <input type="checkbox"/> Blanca 2. <input type="checkbox"/> Negra 3. <input type="checkbox"/> Ind. americ. Grupo étnico: ¿Es de origen hispano?											
4. <input type="checkbox"/> Asiática 5. <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai u otra isla del Pacífico 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No											
6. <input type="checkbox"/> Otra											

CONFIDENCIAL

Departamento de salud y servicios humanos de Carolina del Norte
División de salud pública
Sección de salud de mujeres y niños

FORMULARIO DEL HISTORIAL PERSONAL MASCULINO

Si no está seguro acerca de cómo responder a alguna pregunta, déjela en blanco y solicite la ayuda de la enfermera

A. INFORMACIÓN IMPORTANTE (Por favor complete la siguiente sección)

1. ¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? _____
2. ¿Siente que usted goza de buena salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Persona a contactar en caso de emergencia: _____
4. ¿Podemos contactarle a usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Por teléfono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Su # telefónico es _____
5. ¿Está viendo usted a otro médico por alguna razón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Tiene usted alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿a qué? _____
7. ¿Cuál es el grado más avanzado que completó usted en la escuela? _____
8. Ocupación _____

B. Indique cualesquiera enfermedades significativas, hospitalizaciones, operaciones, accidentes y traumatismos físicos que haya tenido:

C. EL HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR SUYO Y DE SU FAMILIA (Por favor, marque con una **X** las casillas en la lista a continuación si **USTED** ha tenido cualquiera de los siguientes problemas. Marque con una **X** las casillas correspondientes si **SUS FAMILIARES**, tales como sus padres, abuelos, hermanos o hijos han tenido cualquiera de los siguientes problemas.)

USTED / SUS FAMILIARES	USTED / SUS FAMILIARES
1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abuso (físico, sexual, verbal, o emocional)	17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hernia
2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia, Enfermedad o trazas de anemia falciforme, Trastornos de la sangre	18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol elevado, Presión sanguínea alta, Derrame cerebral (Accidente cerebro vascular)
3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anorexia, Bulimia, otros trastornos de la alimentación	19. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humano), SIDA
4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis, problemas en las articulaciones, problemas en la espalda	20. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones o la vejiga, cálculos renales, diálisis
5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma, Bronquitis, otros problemas respiratorios	21. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Migrañas o dolores de cabeza severos
6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento, problemas genéticos, Fibrosis quística	22. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor, adormecimiento, ruptura de venas o infección en los brazos o las piernas
7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado, coágulos de sangre en las piernas o en los pulmones, etc.	23. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad física
8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas intestinales	24. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata
9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bultos en el seno, secreción del seno, dolor u otros problemas en los senos	25. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor o sangrado rectal, hemorroides o "almorranas"
10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer, tumores (incluye tumores del cuello del útero o tumores uterinos)	26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática
11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad, enfermedad mental	27. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones ("ataques")
12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes (problemas del azúcar en la sangre), Diabetes del embarazo	28. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de estómago, retortijones, úlceras
13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la vista, visión borrosa o con manchas	29. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ideas de dañarse a sí mismo o a otras personas
14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos, mareos	30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la glándula tiroides
15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón, problemas cardíacos, dolor en el pecho	31. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre o de sustancias derivadas de la sangre
16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis, problemas del hígado, problemas de la vesícula biliar	32. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis

Utilizar este espacio SOLAMENTE para anotar comentarios del proveedor de atención médica o la enfermera:

D. Enfermedades infecciosas (Por favor, marque con una (X) todas las enfermedades que usted haya tenido)

1. Sarampión 2. Varicela 3. Paperas 4. Alguna enfermedad de transmisión sexual
 5. Rubéola 6. Hepatitis A o B 7. Tétanos 11. Otra: _____
 8. Escarlatina 9. Tos ferina 10. Meningitis

E. Historial de vacunaciones - Puede utilizarse el informe impreso de NCIR (Registro de Vacunaciones de Carolina del Norte)

	Fecha	Vacuna	Fecha	Otras vacunas	Fecha
Tétanos (Td/Tdap)	_____	Varicela	_____	Neumonía	_____
Sarampión (MMR)	_____	Serie de Hepatitis B	_____	Otra	_____
Influenza (Flu)	_____	Twinrix (Hepatitis A y B)	_____		

F. Por favor indique si usted:

1. ¿Fuma o consume tabaco en polvo o picado? Sí No Si respondió Sí, ¿cuánto? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____
 2. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Sí No Si respondió Sí, ¿cuánto? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____
 3. ¿Consumo drogas ilegales? Sí No Si respondió Sí, ¿cuánto? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____
 4. ¿Toma vitaminas con ácido fólico? Sí No
 5. ¿Toma suplementos dietéticos o herbarios? Sí No Si respondió Sí, ¿cuáles? _____
 6. ¿Toma algún medicamento (con receta o de venta libre)? Sí No Si respondió Sí, ¿cuáles? _____
 7. ¿Tiene problemas dentales? Sí No Si respondió Sí, ¿cuáles? _____

G. INFORMACIÓN SOBRE SU APETITO, ALIMENTACIÓN, EJERCICIO Y SEGURIDAD

1. ¿Consumo 5 frutas y verduras al día? Sí No
 2. ¿Come menos de dos comidas al día? Sí No
 3. ¿Tiene dificultades para obtener alimentos? Sí No
 4. ¿Desea comer algo que no sea un alimento, tal como tierra, arcilla o almidón de ropa? Sí No
 5. ¿Hace ejercicio en forma regular (caminar, nadar, andar bicicleta u otra actividad durante 30 minutos, 3 veces por semana)? Sí No
 6. ¿Entra en contacto con sustancias químicas u otras sustancias peligrosas? Sí No
 7. ¿Utiliza el cinturón de seguridad cuando conduce un automóvil o cuando va como pasajero? Sí No
 8. ¿Ha aumentado de peso en más de 10 libras (4.5 kilos)? Sí No
 9. ¿Vive en un lugar seguro? Sí No
 10. ¿Tiene detectores de humo en su domicilio? Sí No
 11. ¿Inhala "humo de segunda mano" (que exhalan otros fumadores)? Sí No
 12. ¿Tiene problemas de transporte? Sí No

H. HISTORIAL DE VIDA SEXUAL Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

1. ¿A qué edad tuvo relaciones sexuales por primera vez? _____
 2. ¿Se siente presionado para tener relaciones sexuales? Sí No
 3. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? _____
 4. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en toda su vida? _____
 5. ¿Usa usted condones cada vez que tiene relaciones sexuales? Sí No
 6. ¿Tiene usted relaciones sexuales:
 sólo con hombres? sólo con mujeres? con hombres y mujeres?
 7. ¿Su pareja tiene relaciones sexuales:
 sólo con hombres? sólo con mujeres? con hombres y mujeres?
 8. ¿Siente dolor o sangra cuando tiene relaciones sexuales? Sí No
 9. ¿Usted o su pareja usan drogas inyectables? Sí No
 10. ¿Se ha hecho usted la prueba del VIH (el virus del SIDA)? Sí No
 Si respondió Sí, ¿cuándo? _____
 11. ¿Se ha hecho su pareja la prueba del VIH (el virus del SIDA)? Sí No
 Si respondió Sí, ¿cuándo? _____
 12. ¿Desea hacerse la prueba del VIH hoy? Sí No
 13. ¿Su pareja tiene relaciones sexuales con más de una persona? Sí No
 14. Indique las maneras en que usted tiene relaciones sexuales: vaginal oral anal
 15. ¿Ha tenido fiebre o escalofríos recientemente? Sí No
 16. ¿Su pareja desea embarazarse? Sí No
 Si respondió Sí, ¿cuándo? _____
 17. ¿Alguna vez usted o su pareja han tenido una enfermedad de transmisión sexual (Gonorrea, Clamidia, Sífilis, Herpes, Hepatitis B u otra)? Sí No

I. SALUD UROLÓGICA Y REPRODUCTIVA

1. ¿Tiene alguna secreción inusual del pene? Sí No
 2. ¿Siente dolor, ardor, urgencia de orinar con frecuencia o dificultad para orinar? Sí No
 3. ¿Tiene sangre en la orina? Sí No
 4. ¿Siente dolor, tiene algún sangrado o secreción del recto? Sí No
 5. ¿Tiene algún bulto o alguna llaga en el área genital? Sí No
 6. ¿Siente dolor en el área del escroto, los testículos o el ano? Sí No
 7. ¿Tiene algún problema con la función sexual (tal como problemas con la eyacuación o la erección)? Sí No
 8. ¿Se hace un autoexamen de los testículos todos los meses? Sí No

Utilizar este espacio SOLAMENTE para anotar comentarios del proveedor de atención médica o la enfermera:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del intérprete (si se utilizó): _____

Fecha: _____

Revisado por: _____
(Firma de la enfermera)

(Fecha)

(Firma del proveedor de atención médica)

(Fecha)