



- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anaheim Clinic | 303 W. Lincoln Ave. Suite 105, Anaheim, 92805 (714) 956-2002 | <input type="checkbox"/> Orange Clinic | 700 S. Tustin St., Orange, 92866 (714) 633-4550 |
| <input type="checkbox"/> Costa Mesa Clinic | 601 W. 19th Street, Suite B, Costa Mesa, 92626 (949) 548-8830 | <input type="checkbox"/> San Bernardino Clinic | 1873 Commercenter West, San Bernardino, 92408 (909) 890-5511 |
| <input type="checkbox"/> Westminster Clinic | 14372 Beach Blvd. Westminster, 92683 (714) 891-0955 | <input type="checkbox"/> Santa Ana Clinic | 1421 E. 17th St., Santa Ana, 92705 (714) 973-1727 |
| <input type="checkbox"/> Mission Viejo Clinic | 26137 La Paz Rd. Suite 200, Mission Viejo, Ca. 92691 (949) 768-3643 | <input type="checkbox"/> Upland Clinic | 918 W. Foothill Blvd., Upland, 91786 (909) 985-0065 |

Nombre

Fecha de Nacimiento

Fecha

HISTORIA MÉDICA PARA HOMBRES

Esta información es confidencial y será utilizada por su proveedor médico para asegurar que usted obtenga el cuidado apropiado.

Sí No ¿Es usted alérgica a medicamentos? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí No ¿Usted toma medicamentos, suplementos, vitaminas, o remedios caseros? Si contestó sí, listelos aquí:

Sí No ¿Tiene un doctor que la atiende normalmente? Si contestó sí, quién es?

A. Historia Médica Familiar:

¿Ha tenido alguien en su familia problemas con lo siguiente? (madre, padre, abuelos, hermanos):

- | | | |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | 5. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | 9. <input type="checkbox"/> Cáncer |
| 2. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | 6. <input type="checkbox"/> Diabetes | 10. <input type="checkbox"/> No conozco mi historia médica familiar |
| 3. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | 7. <input type="checkbox"/> Problemas con alcohol o drogas | |
| 4. <input type="checkbox"/> Alta presión | 8. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | |

Provider notes:

B. Historia Médica Personal:

1. ¿Ha tenido USTED problemas con lo siguiente? Marque todo que aplique.

- | | | |
|--|--|---|
| A. <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | J. <input type="checkbox"/> Anemia | S. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos o migraña (jaqueca) |
| B. <input type="checkbox"/> Alta presión | K. <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | T. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar |
| C. <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | L. <input type="checkbox"/> Infertilidad | U. <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios |
| D. <input type="checkbox"/> Diabetes | M. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón/vejiga | V. <input type="checkbox"/> Cáncer |
| E. <input type="checkbox"/> Colesterol alto | N. <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | W. <input type="checkbox"/> Tiroides |
| F. <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | O. <input type="checkbox"/> Depresión | X. <input type="checkbox"/> Dificultad con micción |
| G. <input type="checkbox"/> Asma | P. <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | |
| H. <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones | Q. <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | |
| I. <input type="checkbox"/> Hemorragias/coagulación | R. <input type="checkbox"/> Problema del hígado/ Hepatitis | |

2. Sí No ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido cirugía?

Si contesto sí, ¿cuándo y por qué? _____

3. Sí No ¿Ha tenido una transfusión o contacto con sangre?

4. Sí No ¿Ha sido inmunizada contra Hepatitis B? No sé

5. ¿Cuándo fue su último examen genital? _____ Nunca he tenido uno

Sí No ¿Le detectaron algún problema?

Si contestó sí, que fue? _____

6. Sí No ¿Ha tenido jamás usted una prueba de VIH?

Si contestó sí, cuándo fue la última? _____ ¿Fue: Positiva Negativa?

C. Historial de Contracepción:

1. ¿Edad que tuvo relaciones sexuales por la primera vez? _____ años Nunca he tenido relaciones

2. ¿Cuán importante es para usted evitar ser un padre ahora? Muy Algo No tan

3. ¿Cuáles métodos anticonceptivos han usado usted y su pareja? Ninguno

- | | |
|---|--|
| A. <input type="checkbox"/> Condones | G. <input type="checkbox"/> Retirada/sacando |
| B. <input type="checkbox"/> Dependió del método de socios | H. <input type="checkbox"/> Esterilización |

4. ¿Cuáles tipos de contracepción usan ahora? Ninguna

5. Sí No ¿Está contenta con su método de planificación familiar?

6. Con qué frecuencia usa condones? Siempre A veces Nunca

7. Sí No ¿Sabe usted de la píldora de contracepción de emergencia?

8. Sí No Quizás ¿Desea salir embarazada en los próximos dos años?



Nombre

Fecha de Nacimiento

Fecha

D. Historia Social:

Estas preguntas son personales. Si usted prefiere, puede hablar con su doctor/doctora sobre ellas.

1. ¿Cuántos vasos de alcohol toma por semana? _____ Ninguno
2. Sí No ¿Fuma cigarrillos? Si contestó sí, ¿Número de cigarrillos por día? _____
3. Sí No ¿Toma drogas ilegales? Si contestó sí, lístelas aquí: _____
4. Sí No ¿Ha usado drogas inyectadas?
5. Sí No ¿Ha compartido agujas?
6. Sí No ¿Le han dicho que tiene un problema con alcohol o drogas?
7. Sí No ¿Alguien (incluyendo su pareja), le ha amenazado o lastimado físicamente, o le ha causado que sienta miedo?
8. Sí No ¿Ha sido presionada o forceada a tener relaciones sexuales cuando no quería?
9. Ha tenido una pareja con historia de: Uso de drogas inyectadas Bisexualidad SIDA/VIH

E. Historia Sexual:

En los últimos 12 meses...

1. Sí No ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si contestó no, avance a #7.
2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 12 meses? _____
3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con: Hombres Mujeres Ambos
4. ¿Ha tenido relaciones sexuales: Oral Anal Vaginal
5. Sí No ¿Ha cambiado relaciones sexuales por dinero o drogas?
6. Sí No ¿Piensa que su pareja tiene otras parejas sexuales? No sé
7. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido usted o su pareja problemas con lo siguiente?
Marque todo que aplique.

A. <input type="checkbox"/> Clamidia	D. <input type="checkbox"/> Tricomonas	F. <input type="checkbox"/> Verrugas Genitales
B. <input type="checkbox"/> Gonorrea	E. <input type="checkbox"/> Dolor o infección pélvica (PID)	G. <input type="checkbox"/> Sífilis
C. <input type="checkbox"/> Herpes Genitales		H. <input type="checkbox"/> Otro: _____
8. Sí No ¿Hay algo más sobre su salud sexual que desea consultar con su médico?

Provider notes:

SI ES MENOR DE 18 ANOS DE EDAD

9. Sí No ¿Sabes sus padres que vinieron a Planned Parenthood?
10. Sí No ¿Hablas con sus padres acerca de temas sexuales?

Firma del paciente/Fecha

Firma del médico/Fecha