



Cuestionario de Salud de El Hombre Para Pacientes Nuevos y Visitas Anuales

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Motivo de Visita de hoy: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Farmacia: _____ Locación de Farmacia: _____

Paciente Nuevo para GRPC: Si No Paciente nuevo para este proveedor: Si No

ANTECEDENTES MEDICOS (Por favor cheque todo lo que aplique e indique el miembro familiar):

Tiroides	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Asma	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Ataque al Corazón Enfermedad de Arteria Coronaria	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Síndrome de Convulsiones	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Coágulos de sangre	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	ACV (infarto)	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Presión Arterial Alta (Hipertensión)	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Artritis Reumatoide	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Colesterol Alto (Hiperlipidemia)	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Fibromialgia	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Colitis Ulcerativo	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Osteoporosis	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Piedras en la Vesícula	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Alcoholismo	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Enfermedad de Crohn	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Drogadicción	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Síndrome de Intestino Irritable	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Depresión/ Ansiedad	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Hepatitis	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Bipolar Esquizofrenia TDA/ADHD	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
(COPD) Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Cáncer del Seno	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Úlcera Estomacal o Reflujo Gástrico	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Cáncer de Ovarios	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Piedras en los Riñones	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Cáncer Cervical	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Infecciones Urinarias Frecuentes	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Cáncer de Piel	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Diabetes	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Cáncer de Colon	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____
Migrañas	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____	Otro: _____	Yo: ____	Familiar: ____ Quien? _____

Madre: Vive, edad _____ Murió a edad _____ causa de muerte: _____

Padre: Vive, edad _____ Murió a edad _____ causa de muerte: _____

Hermanos: _____

ANTECEDENTES CIRURGICOS (Por favor cheque todo lo que aplica e indique el año):

Amigdalectomía		Laparoscopia Exploratoria	
Tiroidectomía		Laparotomía Exploratoria	
Extirpación de Vesícula biliar		Cirugía Cosmética	
Apendicectomía		Extirpación de Venas Varicosas	
Reparación de Hernia Inguinal		Cirugía Bariátrica	

Hemorroidectomía			Cirugía de Próstata		
Remplazo de Articulación			Vasectomía/Esterilización		
Artroscopía de Rodilla			Cirugía en el Cuello / o en la espalda		
Reparación de Rotador de Hombros			Otro:		
Liberación de Túnel Carpiano			Otro:		
Colonoscopia			Otro:		

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Es usted sexualmente activo? Sí No

Preferencia Sexual: heterosexual homosexual bisexual

Compañero Nuevo Reciente (- de 1 año)? Sí No

Alguna vez ha usted tenido ETS (enfermedades de transmisión sexual)? (Por favor cheque todo lo que aplique e indique año):

Clamidia			Tricomoniasis		
Gonorrea			VIH		
Herpes			Hepatitis B		
VPH			Hepatitis C		
Sífilis			Nunca he tenido ninguna		

Fecha de último examen rectal digital? _____ normal nunca he tenido uno

Fecha de último escaneo de densidad de huesos? _____ normal Osteopenia Osteoporosis nunca he tenido uno

Fecha de última colonoscopia? _____ nunca he tenido una

Cuando fue su última vacuna de Tétano? _____ Cuando fue su último examen de colesterol? _____

Visita Dental Cuando/Donde? _____ Visita de la vista Cuando/Donde? _____ Prueba de audición? _____

HISTORIA SOCIAL:

Ocupación: _____ Nivel más alto de educación o grado completado: _____ Exposición a humo de segunda mano? Si No

Usa usted tabaco? Si Cuantos años? _____ Cuantos paquetes por día? _____ Nunca No más, Lo deje hace _____ años.

Toma usted alcohol? Si Cuantas bebidas por semana? _____ Tipo: _____ Nunca No más, Lo deje hace _____ años.

Usa usted drogas recreacionales (marihuana) o ilícitas? Si No Tipo: _____

Tiene usted dificultad para interactuar socialmente? Si No Explique" _____

Preocupaciones de vivienda/Vida (problemas de seguridad, acceso a comida saludable, problemas de transportación) Si No Explique : _____

Historia de Trauma (físico, emocional/abuso sexual, TDEP? Si No Explique: _____

MEDICAMENTOS: (Recetas, Vitaminas, Herbales/Medicinas Alternativas)

Es usted alérgico a alguna medicina? Sí No Cual? _____

Liste cualquier medicamento que está tomando incluido recetas, sin receta, vitaminas, y suplementos herbales/medicinas alternativas:

Medicinas Actuales e Indicaciones	Dosis	Recetada por:

6.28.17

Firma del Paciente _____ Fecha _____