



## 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

Estado de discapacidad:  Si  No En caso afirmativo, explíquelo porfavor \_\_\_\_\_

### 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 <b>Especifique:</b>		
Apendicectomía			Extirpación de Venas Varicosas		

Reparación de Hernia Inguinal			Cirugía Bariátrica		
Hemorroidectomía			Cirugía de Próstata		
Reemplazo de Articulación <b>Especifique:</b>			Vasectomía/Esterilización		
Artroscopia 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: \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_  
 Requisitos de Comunicación debido a la audición, visión, o cognición?  Si  No Explique:

**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: \_\_\_\_\_

Identidad de Género:  Masculino  Femenina  Hombre transexual  Mujer transsexual  Género queer/ género no conforme

Otra Identidad: \_\_\_\_\_

Es usted sexualmente activo?  Sí  No

Preferencia Sexual:  heterosexual  homosexual  bisexual  Otra

Compañera (o) Nuevo Reciente (- de 1 año)?  Sí  No

**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	Prescrito por:

Updated 4.20.2023

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_