



MALE HEALTH HISTORY/HISTORIA DE SALUD MASCULINO

DATE/FECHA: _____ PAGE 1 / PAGINA 1

PLEASE PRINT/FAVOR DE ESCRIBIR EN MOLDE

LAST NAME/APELLIDO	FIRST NAME/PRIMER NOMBRE	DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO	AGE/EDAD
SOCIAL SECURITY NO/NUMERO DE SEGURO SOCIAL	RACE/RAZA (NACIONALIDAD)	CAN YOU SPEAK/UNDERSTAND / PUEDES HABLAR/ENTENDER: <input type="checkbox"/> ENGLISH/INGLES <input type="checkbox"/> SPANISH/ESPAÑOL	
HOW MAY WE CONTACT YOU? (CHECK ALL THAT APPLY) /COMO TE PODEMOS CONTACTAR? (SELECCIONE TODOS LOS QUE APPLIQUE) <input type="checkbox"/> MAIL /CORREO <input type="checkbox"/> TELEPHONE/TELEFONO _____ <input type="checkbox"/> OTHER _____		<input type="checkbox"/> MARRIED/CASADO <input type="checkbox"/> SINGLE/SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCED/SEPARATED / DIVORCIADO/SEPARADO <input type="checkbox"/> WIDOWED/VIUDO	
CURRENTLY TAKING MEDICATIONS/ESTAS TOMANDO MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO IF YES, NAMES OF MEDICATIONS/QUE MEDICAMENTOS ESTA TOMANDO: _____		ALLERGIES/ALERGIAS: _____	

FAMILY MEDICAL HISTORY HAVE YOU OR ANYONE IN YOUR IMMEDIATE FAMILY EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING PROBLEMS:**HISTORIA MEDICA FAMILIAR HA TENIDO UD O ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA IMEDIATA ALGUNOS DE ESTOS PROBLEMAS MEDICOS:**

	SELF USTED	FAMILY MEMBER MIEMBRO DE FAMILIA	TREATMENT/EXPLANATION TRATAMIENTO/EXPLICACION
ANEMIA/ ANEMIA	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
ASTHMA/ ASMA	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
BLADDER/KIDNEY / VEJIGA/RIÑON	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
BLOOD TRANSFUSION/ TRANSFUSION DE SANGRE	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
CANCER/LOCATION / CANCER	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
DES EXPOSURE/ EXPUESTO A DES	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
DIABETES/ DIABETIS	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
EPILEPSY(SEIZURES)/ EPILEPSIA(CONVULSIONES)	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
GALL BLADDER DISEASE / VESICULLA	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
GENETIC ABNORMALITIES/ ANORMALIDADES GENETICAS	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
HEART ATTACK(DISEASE)/ INFARTO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
HEPATITIS(LIVER)/ HEPATITIS	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
HIGH BLOOD PRESSURE/ ALTA PRESION	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
HIGH CHOLESTEROL/ COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
LEAD EXPOSURE/ EXPUESTO AL PLOMO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
MENTAL HEALTH ISSUES/ TRASTORNO MENTAL	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
MIGRAINE HEADACHES/ MIGRAÑA	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
PHLEBITIS(BLOOD CLOTS)/ CUÁGULO DE SANGRE	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
SICKLE CELL/ CELULA DE HOZ	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
STROKE/ EMBOLIO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
TUBERCULOSIS/ TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
OTHER: _____			

PERSONAL MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA PERSONAL

LAST TESTICULAR EXAM: _____ NORMAL <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	LAST PROSTATE EXAM: _____ NORMAL <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO
IF NO, WHAT WAS THE ABNORMALITY/SI NO, QUE FUE LA ABNORMALIDAD: _____	IF NO, WHAT WAS THE ABNORMALITY/SI NO, QUE FUE LA ABNORMALIDAD: _____
DO YOU HAVE DIFFICULTY URINATING/TIENE DIFICULTAD ORINANDO: STARTING A STREAM/AL EMPESAR <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO DRIBBLING/GOTEAR <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO WAKING UP AT NIGHT/DESPERTANDOSE A MEDIANOCHE <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	

SURGICAL HISTORY/HISTORIA SIRUGIAL

PROCEDURE/PROCEDIMIENTO: _____	DATE/FECHA: _____
PROCEDURE/PROCEDIMIENTO: _____	DATE/FECHA: _____

IMMUNIZATION STATUS/VACUNAS

		DATE/FECHA		DATE/FECHA
RUBELLA/ RUBEOLA	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO		TETANUS/ TETANO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO
HEPATITIS B / HAPATITIS B	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO		TB SKIN TEST/ PRUEBA DE TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO
INFLUENZA/ INFLUENZA	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO		PNEUMOVAX/ NEUMONIA	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL

EXERCISE/EJERCISIO	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	AMOUNT PER WEEK/CANTIDAD POR SEMANA: _____
ALCOHOL CONSUMPTION/CONSUMO DE ALCOHOL	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	AMOUNT PER WEEK/CANTIDAD POR SEMANA: _____
TABACCO (SMOKING)/FUMAR	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	AMOUNT PER WEEK/CANTIDAD POR SEMANA: _____
RECREATIONAL DRUGS (WHAT?)/DROGAS (QUE DROGAS?): _____	<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	AMOUNT PER WEEK/CANTIDAD POR SEMANA: _____

SEXUAL HISTORY/HISTORIA SEXUAL

CURRENTLY SEXUALLY ACTIVE?/SEXUALMENTE ACTIVO?: <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	HOW MANY CHILDREN HAVE YOU FATHERED/CUANTOS HIJOS HAS TENIDO: _____
IF SO, SEX AND AGE OF PARTNER/SEXO Y EDAD DE SU PAREJA: _____	NUMBER OF SEXUAL PARTNERS IN LAST 6 MONTHS/ NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ULTIMOS 6 MESES: _____
HOW LONG WITH CURRENT PARTNER/CUANTO TIEMPO CON SU PAREJA ACTUAL: _____	
ARE YOU CURRENTLY BEING FORCED OR SEXUALLY ABUSED?/LO ESTAN FORCANDO O ABUSANDO SEXUALMENTE? <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
IF YES, EXPLAIN/EXPLICACION: _____	
HAVE YOU EVER BEEN PHYSICALLY OR SEXUALLY ABUSED?/ALGUNA VEZ HA SIDO FISICAMENTE O SEXUALMENTE ABUSADO? <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
IF YES, EXPLAIN/EXPLICACION: _____	
DO YOU FEEL SAFE IN YOUR HOME OR NEIGHBORHOOD?/SE SIENTE UD. SEGURO EN SU HOGAR Y VECINDAD? <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	
IF NO, EXPLAIN/EXPLICACION: _____	

HISTORY OF INFECTIONS/HISTORIA DE INFECCIONES

	WHEN/CUANDO	TREATED/FUE TRATADA		WHEN/CUNADO	TREATED/FUE TRATADO
<input type="checkbox"/> BACTERIAL/ BACTERIANO		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> HERPES/ HERPES		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> CHLAMYDIA/ CLAMIDIA		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS/ HIV/SIDA		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> GENITAL WARTS/VERRUGAS GENITALES		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SYPHILLIS/ SIFILIS		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> GONORRHEA/ GONORREA		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> TRICHOMONAS/ PARASITOS		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> OTHER/OTRO: _____		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> OTHER/OTRO: _____		<input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO

CONTRACEPTIVE HISTORY/HISTORIA DE ANTICONCEPTIVOS

CURRENT METHOD OF CONTRACEPTION/METODO DE ANTICONCEPTIVO ACTUAL: _____	
ANY PROBLEMS WITH CURRENT METHOD/ALGUN PROBLEMA CON METODO ACTUAL: _____	
LENGTH OF TIME USING CURRENT METHOD/TIEMPO USANDO METODO ACTUAL: _____	WANT TO CHANGE METHOD?/QUISIERA CAMBIAR SU METODO? <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> NO
IF YES, WHICH METHOD DO YOU WANT TO CHANGE TO?/A QUE METODO LE GUSTARIA CAMBIAR? _____	
METHODS PREVIOUSLY USED/METODOS PREVIAMENTE UTILIZADOS:	
	WHEN/CUANDO
	PROBLEMS/PROBLEMAS
<input type="checkbox"/> ABSTINENCE/ ABSTINENCIA	
<input type="checkbox"/> CONDOMS/ CONDONES	
<input type="checkbox"/> STERILIZATION/ ESTIRILIZANTE	
<input type="checkbox"/> FOAMS,GELS,CREAMS,SUPP/ESPUMA,GELES,CREMAS,SUPOSITORIOS	
<input type="checkbox"/> OTHER/OTRO: _____	

SIGNATURES/FIRMAS:

PATIENT/PACIENTE:	DATE/FECHA:
CLINICAL STAFF/ PERSONAL CLINICO:	DATE/FECHA:

PROVIDER SIGNATURE/FIRMA DE DOCTOR:

PROVIDER/DOCTOR:	DATE/FECHA:
------------------	-------------

* * * FOR CLINIC USE ONLY * * *

PROVIDER NOTES/COMMENTS	PROVIDER INITIALS	DATE