

Male Health History

THE CLINIC/Family Health Care, Inc.
525 South Loop 288, Suite A
Denton, TX 76205

Alergias y Medicamentos

Ha tenido alguna vez una reacción a alguna droga medicina o anestesia local?

S N
Explique: _____

¿Esta tomando medicina? S N
Nombre de la medicina: -----

Historia Medica Personal

Padece de:

Circule

- S N Corazón
- S N Vesícula/Hígado
- S N Nervios/Depresión
- S N Estomago
- S N Presión Alta/Baja
- S N Cáncer
- S N Migrañas
- S N Diabetes
- S N Desmayo
- S N Ataques
- S N Piel/Huesos
- S N Coyunturas
- S N Pulmones/TB
- S N Colesterol Alto
- S N Riñones/Vejiga
- S N Plomo Divulgación

¿Ultima Vacuna del Tétanos?
Fecha: _____

Historial Familiar

Circule Relación

- S N Diabetes
- S N Ataque al Corazón
- S N Ataque antes de los 60 anos
- S N Colesterol Alto
- S N Presión Alta/Baja
- S N Defectos Natales
- S N Problemas Genéticos
- S N Cáncer

- S N Enfermedades de los huesos
- S N Osteoporosis

- S N Alguien la ha Golpeado? Pateado lastimado, Abofeteado
- S N Le Tiene miedo a su esposo o un miembro de la familia
- S N Tiene a alguien que la ayuda apoya con sus problemas

Circule

- S N Tiene una dieta especial
- S N ¿Tiene relaciones?
- A padecido recientemente de:
- S N Estreñimiento
- S N Diarrea
- S N Cambios Emocionales
- S N Desecho de pene
- S N Comezón de pene
- S N Dolor de pene
- S N ¿Ha usado drogas?

Tipo: _____
Cuando: _____

Ha padecido de:

- S N Gonorrea
- S N Chlamydia
- S N Herpes Genital
- S N Mezquinos Genitales
- S N Sífilis

Tiene usted sexo:

- Vaginal
- Oral
- Anal

Historial Socioeconómico:

¿Alguno de sus compañeros ha usado drogas, tiene hemofilia o esta infectado con HIV/Sida o hepatitis? S N
¿Edad de su primera relación _____

¿Ultimo grado estudiado?

¿Con cuantas diferentes personas ha tenido sexo?
Hombre _____ Mujer _____

¿Use usted condones? S N

Recientemente ha experimentado

Circule

- S N Cambios/Emocionales
- S N Muerte de Familiar o Amigo
- S N Perdida de Trabajo/Problemas Financieros
- S N Problemas de Vivienda/Escuela
- S N Problemas Legales/Divorcio

Marque uno

- Afro Americano
- Hispano
- Blanco (No Hispano)
- Asiático/Islands del Pacifico
- Indio americano/Indígena
- de Alaska

Cirugías

Fecha: _____
Razón: _____
Fecha: _____
Razon: _____

Firma _____
Fecha _____