VISITA MASCULINA

North Dakota Departamento de Salud
División de Salud Familiar Programa de Planificación Familiar
SFN 8633 (5-2010)

¿Tiene usted un médico de familia? ☐ No ☐ Sí-Nombre del Médico _____	Fecha de Historia:

La historia de la salud es una parte importante de su atención médica. Si tiene alguna duda, consulte con nosotros.

Sí	No	Preguntas de Auto Historia	COMENTARIOS DEL CLÍNICO
		1. ¿Tiene usted alguna alergia (Alimentos, medicamentos o productos de látex)? Sisí, haga una lista:	
		2. ¿Está tomando actualmente algún tipo de medicamento (la prescripción o medicamentos de venta libre? Lista:	
		3. ¿Está tomando algún suplemento a base de hierbas, píldoras o pastilla de dieta o vitaminas (Hierba de San Juan u otros)? Lista:	
		4. ¿Tiene relaciones sexuales usted? ☐ Hombres ☐ Mujeres Tipo: ☐ vaginal ☐ anal ☐ oral Sisí, ¿con qué frecuencia utiliza condones? ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Nunca	
		5. ¿Cómo le protege usted contra VIH?	
		6. ¿Alguna yez ha sido tratado para una Enfermedad de Transmisión Sexual?	
		7. ¿Ha notado alguna síntoma de infección? ☐ Bultos o llagas ☐ Ardor ☐ Secreción ☐ Picazón ☐ Olor ☐ Dolor al tener sexo ☐ Sarpullido ☐ Hinchazón ☐ Dolor testicular o abdominal ☐ Otro	
		8. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido usted en los últimos 60 días? _____ ¿En la vida? _____ ¿ Cuáles la fecha de la última relacion sexual? _____ ¿La edad de primera relación sexual? _____ ¿La duración su de la relación actual? _____	
		9. ¿Alguno de sus parejas anteriores o actuales tienen una historia de: ☐ el uso de drogas inyectables ☐ parejas múltiples ☐ bisexualidad ☐ infecciones de transmisión sexual y/o VIH ☐ no me aplica	
		10. ¿Ha tenido una transfusión de sangre o ha estado expuesto a productos sanguíneos?	

Firma de Funcionario:	Fecha:

Sí	No	~~~~~~~~~~~~~~~~~ **Complete la parte abaja solamente si se le ha ordenade** ~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	
		11. ¿Ha tenido cirugía, o ha ido a la sala de emergencias o ala clínica de el último examen?	
		12. ¿Tiene una historia familiar de cáncer de próstata?	
		13. ¿Sabe cómo hacer un auto examen testicular?	
		14. ¿Ha notado algún cambio en la tez o cualquier otros problemas de piel o de cutis?	
		15. ¿Fuma o masca tabaco? Si Sí, ¿Cuántos latas/cigarillos por día? _____ ¿Cuánto tiempo lleva usando tabaco? Meses: Años: Si Sí, ¿está listo para dejar o reducir el uso del tabaco? ☐ Sí ☐ No ¿Está expuesto al humo de segunda mano? ☐ Sí ☐ No	¿Ha sido aconsejado de dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No ¿Fue referido? ☐ Sí ☐ No
		16. ¿Utiliza alcohol? SiSí, ¿cuántas copas? _____ ¿Con qué frecuencia? ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Otro: _____	
		17. ¿Utiliza drogas ilícitas (mariguana, cocaína, crank, metanfetamina, otros)? ¿Con qué frecuencia? ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Otro: _____	
		18. ¿Ha recibido información sobre todos los métodos anticonceptivos incluyendo anticepción de emergencia?	
		19. ¿Alguna vez ha engendrado usted a un niño?	
		20. ¿Utiliza cinturones de seguridad? ☐ Siempre ☐ A veces	
		21. ¿Tiene alguna pregunta o preocupación con respecto a su crecimiento y desarrollo?	
		22. ¿Tiene alguna pregunta o problema? (de salud, de sexualidad, de nutrición, etc.)?	

Nombre (Escribe en letra clara):	Fecha de Nacimiento:	Número de Registro:

USO DEL PERSONAL:

Razón para la Visita:	Inmunizaciones Revisaron: ☐ Sí ☐ No	Evaluación de Víctima:	Consejo Necesario de Adolescente (participación paternal y la evitación de coercion sexual)	La Entrevista del Pre-Examen:

OBJECTIVE DATABASE x If Normal NA – not assessed

23. BP HT WT BMI		
24. ENT		
25. La Tiroides		
26. La Piel		
27. Los Senos		
28. El Corazón		
29. Los Pulmones		Circunferencia de Cintura
30. El Abdomen		La Ternura de CVA
31. Los Genitales Externos		Circuncidado
32. Linfático		
33. Hernia Inguinal		
34. Examen Rectal		
35. Extremidades más Bajas		
36. Próstata		
37. Otras Conclusiones		

El Laboratorio	X Si Hecho	Los Resultados	Los Planes/Métodos
38. Hct o Hgb			44. ☐ Condones
39. La Revisión de Gonorrea			45. ☐ NFP
40. La Revisión de Clamidia			46. ☐ Vasectomía
41. La Revisión de VIH			47. ☐ Dependa del método de socio
42. Análisis de Orina			48. ☐ Otro
43. Otro Laboratorio (Especifica)			

Comentarios:

¿Entrevista después de Examen? ☐ Sí ☐ No	Firma (del clínico)	Fecha

Razón por la Visita

Nombre (Escribe en letra clara):	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Registro