

**INITIAL MALE PATIENT HISTORY MEDICAL RECORD**  
HISTORIAL MEDICO DE HOMBRE

<b>PERSONAL HISTORY</b>				
HISTORIA PERSONAL				
HAVE YOU EVER HAD OR DO YOU NOW HAVE: TIENE O HA TENIDO UNA VEZ	YES SI	NO NO	?	STAFF NOTES ONLY
Allergies (food, medications, latex)? List: _____ <b>Alergias (a comida, medicaciones, latex)?</b> <b>Cuales?</b>				
Anemia (low blood/low iron) <b>Anemia (bajo hierro de la sangre)</b>				
Arthritis <b>Artritis</b>				
Asthma/breathing problems/bronchitis/TB <b>Asma/problemas con respiracion/bronquitis/tuberculosis</b>				
Birth Defects/Retardation What type? _____ <b>Defectos de nacimiento/con el retraso mental</b> <b>Que clase? _____</b>				
Bladder/Kidney problems <b>Problemas con la vejiga/los rinones</b>				
Blood clots in arms/legs/chest <b>Coagulos en los brazos/piernas/pecho</b>				
Blood disease or bleeding problems <b>Trastornos de la sangre o problemas con sangrar</b>				
Bone problems (brittle, weak bones) <b>Problemas con los huesos ( huesos fragiles,debiles)</b>				
Bowel or stomach problems <b>Problemas con el colon o del estomago</b>				
Breast lump/nipple discharge <b>Bulto en el seno/flujo del pezon</b>				
Prostate cancer <b>Cancer de la prostata</b>				
Colon cancer <b>Cancer del colon</b>				
Dental problems <b>Problemas dentales</b>				
Depression/Mental Illness/Suicide attempt <b>Depresion/trastorno mental/tendencias suicidas; atento suicidarse</b>				
Ear problems/ hearing problems/deafness <b>Problemas de los oidos/problemas con oir/sordera</b>				

Epilepsy/Seizures/Fainting spells <b>Epilepsia/ataques cerebrales/desmayo</b>				
Eye problems (dizziness, blurring, blackouts) <b>Problemas de los ojos(mareo, vision borrosa/lagunas mental</b>				
Headaches (all the time/very bad) <b>Dolores de cabeza(casi siempre/muy fuertes)</b>				
Heart problems <b>Problemas de Corazon</b>				
Hepatitis/Liver disease <b>Hepatitis/Enfermedades del higado</b>				
Hepatitis B shots <b>Vacuna para Hepatitis B</b>				
High blood pressure/stroke <b>Presion arterial alta/derrame</b>				
Penis/testicles/prostate pain <b>Dolor del pene/testiculos/prostata</b>				
Rubella(German measles)/shot for Rubella(MMR) <b>Rubeola/vacuna para rubeola (MMR)</b>				
Are you up-to-date on your immunizations like Hepatitis or Tetanus? <b>Tiene todas sus vacunas (por ejemplo hepatitis,tetano)?</b>				
Sexually transmitted infections: <b>circle</b> •Chlamydia, Gonorrhea, Herpes, HIV/AIDS, Syphilis, Genital warts, Nongonococcal urethritis (NGU), other <b>Ha tenido or tiene cuales de las siguientes enfermedades transmitidas sexualmente:</b> <b>Clamidia,gonorrea,herpes,SIDA/VIH, sifilis,verrugas genitales, uretritis no gonococia, otro</b>				
Sickle cell anemia/trait <b>Anemia de celulas falciformes/ o la caracteristica genetica</b>				
Skin problems <b>Problemas de piel</b>				
Thyroid problems <b>Problemas con las tiroides</b>				
Varicose veins <b>Venas varicosas</b>				
Any other serious medical condition, surgery, or hospitalization Date: _____ <b>Otra condicion medica seria, cirugia, o hospitalizacion</b> <b>Fecha:</b> _____				
Do you do monthly testicular exam? <b>Usted hace una autoexaminacion de los testiculos mensualmente?</b>				
Do you take (or suppose to take) medicines prescribed by a medical provider? If yes, list them: _____				

<p>Do you take herbs, vitamins, or over-the-counter meds? If yes, list them: _____</p> <p><b>Toma (o se le ordeno de tomar) medicinas recetadas por un proveedor medico?</b></p> <p><b>Si es el caso, favor de especificarlas:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Toma hierbas, vitaminas, o medicina sin receta medica?</b></p> <p><b>Si es el caso, favor de especificarlas</b></p> <p>_____</p>				
<p>Do you use other drugs (example: marijuana, cocaine, or IV drugs)? What do you use? _____</p> <p><b>Usa drogas ilicitas (por ejemplo: marijuana, cocaina, or drogas intravenosas)?</b></p> <p><b>Cuales usa? _____</b></p>				
<p>Do you use alcohol? How much _____</p> <p><b>Bebe alcohol? Cuanto? _____</b></p>				
<p>Do you smoke? If yes, how many cigarettes per day: ____</p> <p><b>Fuma? Si es el caso, cuantos cigarillos diario?</b></p> <p>_____</p>				
<b>FAMILY HISTORY</b>				
<p><b>(HAVE YOUR GRANDPARENTS, PARENTS, BROTHERS, OR SISTERS EVER HAD):</b></p> <p><b>Ha tenido una vez cualquier de sus abuelos, padres, o hermanos</b></p>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>?</b>	<b>STAFF NOTES ONLY</b>
<p>Heart Problems or stroke (before age 50)</p> <p><b>Problemas de corazon o derrame (antes de cumplir 50 anos)</b></p>				
<p>High Blood Pressure</p> <p><b>Presion Arterial Alta</b></p>				
<p>Alcoholism/drug abuse</p> <p><b>Alcoolismo/abuso de drogas</b></p>				
<p>Birth Defects/Retardation What type? _____</p> <p><b>Defectos de nacimiento/con retraso Que clase?</b></p> <p>_____</p>				
<p>Blood clots in arms/legs/chest</p> <p><b>Coagulos en los brazos/piernas/pecho</b></p>				
<p>Blood disease or bleeding problems</p> <p><b>Desorden de la sangre o problemas con sangrar</b></p>				
<p>Bone problems (brittle, weak bones)</p> <p><b>Problemas de los huesos(faciles para quebrar,debiles)</b></p>				
<p>Breast/prostate/penile cancer</p>				

<b>Cancer del seno/prostata/pene</b>				
Breast lumps or cysts				
<b>Bultos o quistes en los senos</b>				
Colon cancer				
<b>Cancer del colon</b>				
Did your mother take DES (a hormone to prevent miscarriage)				
<b>Su mama tomo DES(hormona para prevenir aborto)</b>				
Diabetes (high sugar)				
<b>Diabetes (alto azucar)</b>				
Epilepsy/Seizures				
<b>Epilepsia/ataques cerebrales</b>				
<b>SEXUAL HISTORY</b>				
Have you ever had sexual intercourse? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Were your partners: <input type="checkbox"/> Women <input type="checkbox"/> Men <input type="checkbox"/> Both <b>Ha tenido una vez relaciones sexuales? Si no</b> <b>Sus parejas eran _Mujeres Hombres Ambos</b>	Age of first sexual activity? _____ When did you have sex last? _____ <b>Edad a la primera relacion sexual</b> <b>Cuando fue la ultima vez que tuvo</b> <b>sexo fue _____</b>			
What kind of sex have you had in the past 60 days? <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Mouth <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> No Sex <b>Que tipo de sexo ha tenido en los ultimos 60 dias</b> <b>Pene oral Rectal no sexo</b>	Date of your last prostate exam: _____ <b>Fecha de su ultima examinacion de</b> <b>prostata</b>			
How many partners have you had in the past 60 days? _____ Past 12 months? _____ <b>Cuantas parejas ha tenido en los ultimos 60 dias _____ En los ultimos 12 meses</b>				
Do you feel safe from violence in your personal relationships? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Se siente protegido de violencia en sus relaciones personales? Si no</b>				
Do you have symptoms of a genital infection? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes:(check the ones you have) <input type="checkbox"/> Penile Discharge <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Bumps <input type="checkbox"/> Sores <input type="checkbox"/> Pain during sex <input type="checkbox"/> Pain or bleeding with ejaculation <input type="checkbox"/> Burning <input type="checkbox"/> Stool or anal problems <input type="checkbox"/> Difficulty urinating or dribbling <input type="checkbox"/> Urgent or frequent urination <b>Tiene sintomas de infeccion genitales? Si no Si es el caso, indique cuales sintomas tiene.</b> <b>flujo del pene erupcion protuberancias, llagas Dolor durante el sexo dolor o sangrado</b> <b>durante eyaculacion ardor problemas con feces o anales dificultad al orinar o goteo el</b> <b>orinar urgente or frecuente</b>				
<b>CONTRACEPTIVE HISTORY</b>			<b>YES</b>	<b>NO</b>
Have you ever fathered a child?				
Have you or your partner ever used a method of birth control?				
Usted o su pareja ha usado una vez cualquier metodo anticonceptivo?				
What method did you use last?				
Are you still using that method?				
If no, when did you stop? _____				
Where was the method obtained or prescribed?				
Any problems with it?		How long have you used it?		

LABEL

<b>PARTNER HISTORY</b>		
<b>Please check if your partner(s) has a history of any of these activities</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
Illegal drug use?		
Multiple partners?		
Bisexuality?		
History of Sexually Transmitted Infections?		
History of HIV?		
Homosexuality		

**ALL INFORMATION IS CONFIDENTIAL AND WILL NOT BE RELEASED WITHOUT WRITTEN CONSENT, UNLESS REQUIRED BY LAW.**

**To the best of my knowledge, the above information is complete and accurate and has been reviewed by the staff.**

\_\_\_\_\_  
**Client Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Reviewed By**

\_\_\_\_\_  
**Date**