CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

Client Label

MALE HISTORY

IMMEDIATE FAMILY MEDICAL HISTORY

ARE YOU ADOPTED? Y N

Has anyone in your **biological** family **(mother, father, sister, brother)** had**:**

High Blood Pressure	Y	N	Stroke before age 50	Y	N	Cancer (list type) _____	Y	N
Blood clots in leg or chest	Y	N	Thyroid problems	Y	N	HIV/AIDS	Y	N
High cholesterol	Y	N	Diabetes	Y	N	Inherited Disease	Y	N
Heart attack	Y	N	Tuberculosis	Y	N	Addiction problems	Y	N

PERSONAL MEDICAL HISTORY

Are you allergic to any medications? Y N What? _____

Are you allergic to latex? Y N Other allergies? _____

Have you had problems with:

Severe headaches	Y	N	Breast lump or mass	Y	N
Migraines	Y	N	Kidney infections	Y	N
Visual changes (excluding glasses)	Y	N	Bladder infections	Y	N
Seizures	Y	N	Prostate	Y	N
Hearing	Y	N	Stomach	Y	N
Thyroid	Y	N	Muscle or bone	Y	N
Heart	Y	N	Immune system	Y	N
High blood pressure	Y	N	Anemia	Y	N
Blood clots	Y	N	Diabetes	Y	N
Varicose veins	Y	N	Cancer	Y	N
Stroke	Y	N	Inherited disease	Y	N
Lungs	Y	N	Mental illness	Y	N
Tuberculosis	Y	N	Hepatitis A, B or C disease	Y	N
Testicular lump or mass	Y	N	Have you received:		
Epididymitis	Y	N	Tetanus shot in last 10 yrs	Y	N
			Hepatitis B vaccine	Y	N
			Measles/Mumps/Rubella Shot	Y	N

Are you taking any prescription medication? Y N
List _____
_____

Are you taking any herbs or over the counter drugs? List _____ Y N
_____

Are you currently being treated for an illness? Y N
What? _____

Have you ever been hospitalized/ had surgery? Y N
What? _____
_____

Do you have any disabilities? If yes, please describe: _____ Y N

Have you had a blood transfusion before July 1992? When _____ Y N

During the past month, have you felt down or depressed? Y N

Present Health Status (check one):
☐ Excellent ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

PERSONAL / SOCIAL / SEXUAL HISTORY

1. Are you homeless? Y N
2. Has anyone close to you ever threatened to hurt you? Y N
3. Has anyone ever hit, kicked, choked, or forced you to have sex? Y N
4. Do you fear for your safety (or for your children's safety)? Y N
5. Do you use tobacco products? How much per: ___day ___week Y N
6. Do you drink alcohol? How many drinks per: ___day ____week Y N
7. Do you use street drugs? Y N
   Which drugs?_____ How often? _____
8. Have you had sexual intercourse? If yes, age at first intercourse____# of partners?_____Oral?_____Rectal?_____ Y N
9. Have you fathered any children? If yes, how many _____ Y N
10. Do you plan to have children in the future? Y N
11. Do you use condoms? Y N
12. What do you consider your highest risk behavior?
    _____

Have you:

13. Had sex with ☐ men ☐ women or ☐ both? Y N
14. Ever used a needle to inject drugs? Y N
15. Exchanged sex for drugs or money? Y N
16. Had sex while using non-injected drugs or alcohol? Y N
17. Had any sexually transmitted infection? Y N
18. Been tested for HIV before? When _____ Y N
19. Had **MALE** partner(s) who have sex with other men? Y N
20. Had a STD symptomatic partner? Y N
21. Had a STD in the last 12 months? Y N

Have any of your sex partners:

22. Injected drugs? Y N
23. Had HIV/AIDS? Or have partners with HIV/AIDS? Y N
24. Had a sexually transmitted infection? Y N

MALE REPRODUCTIVE SYSTEM

1. Do you do monthly testicular self exams? Y N
2. Have you had a colorectal screening test? Date_____ Y N

Do you have:

3. Pain or burning when you urinate? Y N
4. Trouble starting urination? Y N
5. Any discharge from your penis? Y N
6. Rectal pain or rectal problems? Y N
7. Any sores on your genitals or mouth? Y N
8. A skin rash? Y N
9. Skin lesions on your penis, scrotum, or groin? Y N
10. Pain with ejaculation? Y N
11. Swelling of your scrotum? Y N
12. Any abdominal pain? Y N

PERSONAL AND PARTNER BIRTH CONTROL

Are you currently sexually active? Y N Do you or your partner use a birth control method now? Y N

Have you or your partner had a problem with a method? Y N

Check method you or your partner use now (you may check more than one): ☐Pill ☐ Birth Control Shot ☐ Patch ☐ Ring ☐ IUD ☐ Diaphragm ☐ Condom ☐ Withdrawal ☐ Abstinence ☐ Foam/**Gel/Cream** ☐Natural/Rhythm ☐ Sterilization

What information or method do you want today? (you may check more than one) ☐ Pill ☐ Birth Control Shot ☐ Patch ☐ Ring ☐ IUD ☐ Diaphragm ☐ Emergency Contraception ☐ Condom ☐ Withdrawal ☐ Abstinence ☐ Foam/Gel/Cream ☐ Natural/Rhythm ☐ Male Sterilization ☐ Female Sterilization

Client/Guardian Signature _____ Date _____

Provider Review_____ Date: _____

FORMULARIO DE HISTORIA PARA HOMBRES

HISTORIAL MÉDICO DE FAMILIA INMEDIATA

Client Label

¿ES USTED ADOPTADO? Sí No

Alguien de su familia **biológica (mamá, papá, hermana, hermano)** ha tenido**:**

Presión sanguínea alta	Sí	No	Derrame cerebral antes de edad 50	Sí	No	Cáncer (anote el tipo) _____	Sí	No
Coágulos de sangre en piernas ó pecho	Sí	No	Problemas de la Tiróides	Sí	No	VIH/SIDA	Sí	No
Colesterol alto	Sí	No	Diabetes	Sí	No	Enfermedades Hereditarias	Sí	No
Ataque cardiaco	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No	Problemas de Adicción	Sí	No

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

¿Tiene alguna alergia a medicinas? Sí No ¿Qué? _____

¿es alérgico al látex? Sí No ¿Otras alergias? _____

Ha tenido problemas con:

Dolor de cabeza severo	Sí	No	Grumo ó masa en los pechos	Sí	No
Migrañas	Sí	No	Infecciones del riñón	Sí	No
Cambios Visuales (excluyendo lentes)	Sí	No	Infecciones de la vejiga	Sí	No
Ataques Repentinos	Sí	No	Próstata	Sí	No
Oído	Sí	No	Estómago	Sí	No
Tiroides	Sí	No	Músculos o huesos	Sí	No
Corazón	Sí	No	Sistema inmunológico	Sí	No
Presión sanguínea alta	Sí	No	Anemia	Sí	No
Coágulos de sangre	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Venas varicosas	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Derrame cerebral	Sí	No	Enfermedades hereditarias	Sí	No
Pulmones	Sí	No	Enfermedad mental	Sí	No
Tuberculosis	Sí	No	Hepatitis A, B o C	Sí	No
Grumo ó masa testicular	Sí	No	¿Ha recibido?:		
Epididimitis (infección testicular)	Sí	No	Vacuna contra el Tétanos en los últimos 10 años	Sí	No
			Vacuna contra Hepatitis B	Sí	No
			Vacuna contra Sarampión/ Paperas/ Rubéola	Sí	No

¿Está tomando medicina recetada? Sí No
Lista _____

¿Está tomando hierbas naturales ó medicinas sin receta? Sí No
Lista _____

¿Está usted actualmente siendo tratado por alguna enfermedad? Sí No
¿Cuál? _____

Ha estado hospitalizado ó ha tenido cirugía? Sí No
¿De qué? _____

¿Tiene alguna incapacidad? Si No
Si sí, por favor explique:
_____

¿Ha tenido una transfusión de sangre antes de Julio de 1992? Sí No
¿Cuándo? _____

Durante el mes pasado ¿se ha sentido triste ó deprimido? Sí No

Estado de salud actual (Indique uno):
☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Más ó menos ☐ Mala

HISTORIAL PERSONAL / SOCIAL / SEXUAL

1. ¿Es usted desamparado (sin hogar)? Sí No
2. ¿Alguna vez alguien cercano a usted ha tratado de lastimarle? Sí No
3. ¿Alguna vez alguien le ha golpeado, pateado, sofocado, ó forzado a tener relaciones sexuales? Sí No
4. ¿Tiene miedo por su propia seguridad (ó la seguridad de sus niños)? Sí No
5. ¿Usa tabaco? Cuánto por: _____día _____semana Sí No
6. ¿Usted ingiere alcohol? Cuántas bebidas por: ___día ____ semana Sí No
7. ¿Usa drogas ilegales? ¿Cuáles drogas?_____ ¿Qué tan seguido? _____ Sí No
8. ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si sí, edad de la primera vez_____ ¿cuántos compañeros(as) sexuales?_ Sí No
   __oral? ___rectal?_____ Sí No
9. ¿Ha sido papá? Si sí, ¿cuántos niños? _____ Si No
10. ¿Planea tener niños en el futuro?
11. ¿Usted usa condones?
12. ¿ Qué es lo que considera su conducta mas riesgosa?
    _____

¿Ha tenido:

13. Sexo con ☐ hombres ☐mujeres ó ☐ ambos?
14. ¿Ha usado aguja para inyectarse drogas? Sí No
15. ¿Ha intercambiado sexo por drogas ó dinero? Sí No
16. ¿Ha tenido sexo cuando ha usado drogas no inyectadas ó alcohol? Sí No
17. ¿Ha tenido alguna infección sexual transmitida? Sí No
18. ¿Se ha hecho la prueba de VIH antes?¿cuándo?_____
19. ¿Han tenido compañeros masculinos los cuales han tenido sexo con hombres? Sí No
20. ¿Han tenido compañeros(as) que pudieran haber tenido STD (enfermedad sexual transmitida)? Sí No
21. ¿Han tenido compañeros(as) con enfermedad sexual transmitida (STD) en los últimos 12 meses? Sí No

¿Algunos de sus compañeros(as) sexuales:

22. ¿ Inyectado drogas ? Sí No
23. ¿Tuvieron VIH/SIDA? Ó ¿tienen compañeros(as) con VIH/SIDA? Sí No
24. ¿Han tenido alguna infección sexual transmitida? Sí No

SISTEMA REPRODUCTIVO MASCULINO

1. ¿Se hace usted mismo exámenes testiculares mensuales? Sí No
2. ¿Se ha hecho exámenes del colon-recto? Fecha_____ Sí No

¿Tiene usted:

3. ¿Dolor ó ardor cuando orina? Sí No
4. ¿Problemas al orinar? Sí No
5. ¿Algún desecho de su pene? Sí No
6. ¿Dolor rectal o problemas del recto? Sí No
7. ¿Tiene dolor en sus genitales ó boca? Sí No
8. ¿Comezón en la piel? Sí No
9. ¿Lesiones en la piel de su pene, escroto, ó ingle? Sí No
10. ¿Dolor con la eyaculación? Sí No
11. ¿Inflamación del escroto? Sí No
12. ¿Algún dolor abdominal? Sí No

CONTROL ANTICONCEPTIVO PERSONAL Y DEL COMPAÑERO

¿Es usted sexualmente activo? Sí No ¿Usted ó su compañero(a) sexual usan actualmente un método anticonceptivo? Sí No

¿Usted ó su compañero(a) han tenido problemas con algún método anticonceptivo? Sí No

Indique el método que usted ó su compañero(a) usan actualmente (puede indicar más de uno): ☐Píldora ☐ Inyección anticonceptiva ☐ Parche ☐ Anillo ☐ Dispositivo Intrauterino (IUD) ☐ Diafragma ☐ Condón ☐ Coito interrumpido ☐ Abstinencia ☐ Espuma/Gel/Crema ☐ Ritmo natural ☐ Esterilización

¿Cuál método quiere usted ó de cuál quiere información hoy? (puede indicar más de uno) ☐Píldora ☐ Inyección anticonceptiva ☐ Parche ☐ Anillo ☐ Dispositivo Intrauterino (IUD) ☐ Condón ☐ Coito interrumpido ☐ Abstinencia ☐ Espuma/Gel/Crema ☐ Ritmo natural ☐ Esterilización

Firma del Cliente/Guardián _____Fecha: _____

Revisión del Proveedor _____Fecha:_____