

**Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Male Health History Form**

Gracias por elegir el Carroll County Health Department para sus necesidades de atención médica.

Esperamos poder verlo en su cita el  (fecha). Para que podamos a ver que su cita sea lo más eficiente posible, le pedimos que complete el formulario de historial médico a [cchd.reprohealth@maryland.gov](mailto:cchd.reprohealth@maryland.gov). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 410-876-4930

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Fecha en que completo este formulario:

¿Cuál es el motive de su visita?

**Medicación actual y alergias**

Nombre del medicamento, concentración o dosis, con qué frecuencia lo toma, para que lo toma y quien lo receta

¿Es alérgico a algún medicamento? NO  SI

En caso afirmativo, ¿a que es alérgico y que sucede?

¿Es alérgico al LATEX? NO

SI

**Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Male Health History Form**

¿Es alérgico o cualquier otra cosa? NO  SI

En caso afirmativo, ¿a que es alérgico y que pasa?

**Historial Médico de la Persona**

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna condición de salud física o mental? Indique a continuación el ano aproximado en el que se le diagnostico por primera vez.

¿Alguna cirugia previa?

¿Alguna vez lo han hospitalizado por algo?

**Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Male Health History Form**

**Historial Familiar**

¿Alguien en su familia tiene algún problema de salud, como presión arterial alta, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, coágulos de sangre, cáncer u otras afecciones para las que toma medicamentos?

Madre - NO  SI  En caso afirmativo, por favor enumere:

Padre - NO  SI  En caso afirmativo, por favor enumere:

Hermanos/as – NO  SI  En caso afirmativo, por favor enumere:

Niños - NO  SI  En caso afirmativo, por favor enumere:

**Historial Social**

¿Usa nicotina o productos de tabaco? SI  NO  Lo dejo  (fecha)

¿Con qué frecuencia usa nicotina o productos de tabaco?  Veces un: día  semana  mes

¿Cuál de las siguientes opciones utiliza (marque todas las que correspondan)?

Cigarrillos  Cigarrillos electrónicos/vaporizador  Rape  Mastica   
Puros  Pipa  Otro

Usa productos de cannabis / marihuana / CBD o THC en alguna forma?

SI  NO  Lo dejo  (fecha)

¿Con que frecuencia usa productos de cannabis, CBD o THC?

Veces un día  semana  mes

**Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Male Health History Form**

¿Bebe alcohol en alguna forma? SI  NO  Lo dejo  (fecha)

¿Qué cantidad de bebidas suele tomar a la vez?

¿Con que frecuencia bebe alcohol?  veces un: día  semana  mes

¿Bebe cafeína en alguna forma? SI  NO  Lo dejo  (fecha)

¿Cuántas porciones de cafeína toma al día?

¿Cuál de las siguientes opciones utiliza (marque todas las que correspondan)?

Café  Te  Bebidas energizantes  Pastillas / gotas / suplementos  Otro

¿Usa otras drogas o sustancias? SI  NO  Lo dejo  (fecha)

¿Con qué frecuencia consume otras drogas o sustancias?  Veces un: día  semana   
mes

¿Cuál de las siguientes opciones utiliza? (Marque todas las que correspondan)

Opiáceos / Heroína  Cocaína/Crack  Pastillas para la ansiedad/Benzodiazepinas  
(Benzos, BZDs)

anfetaminas/Speed  PCP/LSD/Éxtasis/Alucinógenos  Inhalantes/Inhalar

Cualquier medicamento que no sea el recetado:

(lista)

¿Esta con alguien más que consume alcohol, nicotina, cannabis o cualquier otra droga callejera?

NO  SI

¿Hace ejercicio? NO  SI

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? Diario  Semanal  Mensual

[PHQ-2]

¿Durante las últimas 2 semanas, ha tenido poco interés o placer en hacer cosas? NO  SI

¿Durante las últimas 2 semanas, se ha sentido con su humor bajo, deprimido o sin esperanza?

NO  SI

Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Male Health History Form

**Evaluación de la confidencialidad de adolescentes (Para pacientes menores de 18 años)**

¿Sus padres / tutores están conscientes de que viene aquí para recibir servicios? NO  SI

¿Podemos compartir información médica y de facturación con ellos? NO  SI

Si tiene alguna inquietud acerca de que su pare/tutor esté al tanto de su visita o esté involucrado en su atención médica, explique:

**Control de Seguridad**

¿Alguna vez ha tenido miedo de su pareja o alguien en su vida? NO  SI

¿Alguna vez se ha escapado debido a la violencia en el hogar? NO  SI

¿Alguna vez ha intercambiado sexo por comida, un lugar para quedarse o drogas? NO  SI

¿Alguien le ha amenazado, herido o intimidado alguna vez? NO  SI

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Su pareja sexual alguna vez se niega a usar un método anticonceptivo o usar condón? NO  SI

¿Se siente presionado para tener relaciones sexuales? NO  SI

¿Tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otros? NO  SI

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez?

¿Tiene amigos que consumen drogas? NO  SI

**Antecedentes Sexuales y Anticonceptivos**

¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo relaciones sexuales?

¿Ha tenido una nueva pareja sexual en los últimos 6 meses? NO  SI

En caso afirmativo, ¿cuántas parejas sexuales en los últimos 6 meses?

¿Tiene relaciones sexuales con hombre, mujeres o ambos?

**Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Male Health History Form**

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida?

¿Con que frecuencia usa condones del 0% (nunca) al 100% (todo el tiempo)?

¿Qué tipo de sexo tiene (marca todas las que correspondan)? Oral  Vaginal  Anal/Rectal

¿Alguna vez le han hecho pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual o VIH?

NO  SI

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez?

¿Ha tenido alguna vez una infección de transmisión sexual antes? NO  SI

En caso afirmativo, ¿qué tipo de infección? (MARQUE todo lo que corresponda)

Clamidia       Gonorrea       Herpes (HSV)       VPH (verrugas)    
Tricomonas (Trich)       Sífilis

¿Antecedentes de infección por Hepatitis B o C? NO  SI

En caso afirmativo, ¿qué tipo de infección y cuando le diagnosticaron?

¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre antes de 1984? NO  SI

¿Le gustaría hacerse la prueba del VIH el día de su cita? NO  SI

**Si respondió afirmativamente a algunas de las preguntas anteriores, explique o proporcione más información:**

**Historial de Crianza**

¿Ha tenido hijos antes? NO  SI

En caso afirmativo, ¿cuántos?

En caso afirmativo, ¿cuántos años tiene su hijo/a menor?

¿Piensa usted o su pareja quedar embarazada en los próximos 12 meses? NO  SI

Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Male Health History Form

**Evaluación de su pareja**

¿Su pareja tiene relaciones sexuales con hombre, mujeres o ambos?

¿Están usted y su pareja en una relación monógama o exclusiva? NO  SI

¿Su pareja tiene antecedentes de alguna infección de transmisión sexual? NO  SI

En caso afirmativo, ¿qué tipo de infección? (marque todo lo que corresponda)

Clamidia    Gonorrea    Herpes (HSV)     VPH (Verrugas)

VIH     Tricomonas (Trich)     Sífilis

¿Su pareja intercambia sexo por drogas o dinero? NO     SI

¿Su pareja se inyecta o usa drogas intravenosas? NO     SI

¿Ha estado su pareja en la cárcel, prisión o centro de detención? NO     SI

**Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, explique o proporcione más información:**

**Historial anticonceptivo**

Su pareja usa alguna de las siguientes opciones anticonceptivas:

¿Depo Provera (inyección)? NO     SI

¿Píldoras anticonceptivas orales? NO     SI

¿Parche? NO     SI

¿Anillo vaginal? NO     SI

¿DIU? NO     SI

¿Implante de brazo? NO     SI

¿Condomes? NO     SI

Otro: NO     SI

**Carroll County Health Department  
Reproductive Health Services  
Male Health History Form**

¿Cuál fue el tipo de anticoncepción más reciente que usted o su pareja usaron?

¿Algún problema con cualquiera de los métodos utilizados antes?

**Lista de Verificación de Síntomas**

¿Está experimentando alguna de las siguientes?:

¿Secreción / drenaje de su pene o recto? NO  SI

¿Dolor? NO  SI

¿Dolor o ardor al orinar o eyacular? NO  SI

¿Dolor, ulcera lesión? NO  SI

¿Comezón? NO  SI

¿Erupción? NO  SI

¿Irritación? NO  SI

**Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, explique o proporcione más información:**