



**Initial Male History Form
(Forma Historial de Hombre)**

Date (Fecha): _____ Referred By (Referido Por): _____

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha de nacimiento): _____ Age (Edad): _____

Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____ State (Estado): _____

Zip (Zona Postal): _____ Home Phone (Numero de teléfono – Casa): _____ Work Phone (Trabajo): _____

SS# (Número de seguro social): _____ Occupation (Occupación): _____

Race (Raza): White (Blanco) Hispanic (Hispana) Black (Negro) Asian/Oriental (Asiática/Oriental) American Indian (India Americana)

Which Language Do You Speak The Most Fluently? (¿Cuál lengua habla usted con más facilidad?) English (Ingles) Spanish (Español) Other (Otra) _____

Current Marital Status: (Estado de matrimonio De presente): Single (Soltero) Married (Casado) Widowed (Viudo) Divorced (Divorciado)

Are You A Student? (¿Es Usted estudiante?) Yes (Si) No (No) N/A (Nombre de Escuela) If Yes, Name of School: _____

If You Are A Minor, Are Your Parents/Guardians Involved In Your Family Planning Services? (¿Si Usted Es Un Menor de edad, Son Sus Padres/Guardianes son Implicados En Sus Servicios De la Planificación familiar?) Yes (Si) No (No)

How May We Contact You? (¿Tenemos su permiso de contactarlo por?) Phone (Telefono) Mail (Carta) Both (Ambos) No Contact (No contacto)

Who Else May We Contact To Reach You? (¿A quién podemos contactar para contactarle a usted?) Name: _____ Phone: _____ (El número de Teléfono)

Review of Non-Reproductive Systems (Revisión de sistemas No-Reproductivos)	
Yes Si	No
General/General	
	1. My health is generally good (Mi salud es generalmente buena)
	2. Unexplained weight loss or gain of more than 10 lbs. (Pérdida del peso o aumento inexplicado de más de 10 libras)
	4. Cancer. If yes, where/when?(Cáncer. Donde/Cuando?)
	5. Smoke Cigarettes. If yes, how many per day? (Fuma cigarrillos? ¿Cuántos por día?)
	6. Alcohol use. If yes, how many drinks/week? (Uso de alcohol. ¿Cuántas bebidas a la semana?)
	7. Birth defects or genetic problems (Defectos de nacimiento o problemas genéticos)
	8. Are you being treated for any illness/condition now? If yes, what? (¿Le ahora están tratando para enfermedad o condición? ¿Qué?)
	9. Do you currently take medicine prescription, over the counter or herbal? If yes, name: (¿Toma actualmente una prescripción de medicina, sobre el contador o herbario? Nombre:)
Eyes / Vision	
	10. Eye problems? (except glasses or contacts) (¿Problemas del ojo? (excepto lentes o contactos)
Ears/Nose/Mouth/Throat / Oidos/Nariz/Boca/Garganta	
	11. Hearing Problems (problemas de oír)

	12.	Frequent nosebleeds (Sangra de la nariz frecuente?)
	13.	Frequent sore throat (Garganta dolorida frecuente)
Cardiovascular / Cardiovascular		
	14.	Mitral Valve Prolapse (Prolapso De la Válvula Mitral)
	15.	Heart Murmur (Murmullos del corazón)
	16.	Varicose Veins (Venas varicosas)
	17.	Blood clots (coágulos de sangre)
	18.	Stroke or stroke-like problems (embolios-problemas parecidos al embolio)
	19.	High blood pressure (alta precion)
	20.	High Cholesterol (Colesterol alto)
Respiratory / Respiratorio		
	21.	Chronic cough or other breathing problems/asthma (Tos cronica o otro problema respiratoria/asma)
	22.	Tuberculosis or exposure to tuberculosis (Tuberculosis o exposición a la tuberculosis)
Gastrointestinal / Gastrointestinal		
	23.	Stomach or bowel problems (estomago, extrenimiento)
	24.	Liver problems (hepatitis o tumor, etc.) (problemas de higado (hepatitis o tumor, etc.)
	25.	Gallbladder problems (Problemas de la visicula)
Musculoskeletal / Musculoeskuelético		
	26.	Arthritis or osteoporosis (Artitris o osteoporosis)
Neurological / Neorological		
	27.	Migraine headaches (diagnosed by Dr./NP/PA) Migranas dolor de cabeza (diagnosticado por Dr./NP/PA)

		28.	Seizures/epilepsy (Asimientos/Epilepsia)
		29.	Numbness in arms/legs (recurring) (Entumecimiento de brazos/piernas)
Social History / Historial Social			
Have you experienced:			
		30.	Has anyone close to you – hit, slapped, kicked or hurt you? (Alguen sercano a usted – le a pegado, cacheteado, pateado o lastimado)
		31.	Has anyone forced you to have sex? (Ha sido forzado a tener sexo?)
		32.	Do your verbal fights ever include pushing, grabbing or hitting? (Sus peleas verbales incluyen, empujar, agarrar o pegar?)
		33.	Are you in a relationship now with someone you are afraid of? (Esta usted en una relacion que le tenga miedo a la persona?)
		34.	Would you say you were ever sexually abused as a child? (Podria decir que fue abusado sexualmente durante su niñez?)
		35.	Would you say you were physically abused as a child? (Fue abusado fisicamente durante su niñez?)
		36.	Have you had treatment for sexual problems? (Ha tenido tratamiento por problemas sexuales?)
		37.	Have you attempted to treat yourself? If yes, with what? (Ha tratado decurarse usted mismo? Si, si con que?)
		38.	Has your partner tried any treatment? If yes, what? (Su pareja a tratado de tratarse? Si, si que?)
Sexual History			
		39.	Age of first sexual intercourse: (Edad de primer coito)
		40.	Are you sexually active now? (Es activo sexualmente?)
		41.	If yes, how often do you have sex? (Si, si como de seguido tiene sexo?)
		42.	Do you have multiple sex partners? (Tiene pare as multiples?)
		43.	Do you wear a condom regularly? (Usa condon regularmente?)
	Circle all that apply	44.	Are your sexual practices with: men women or both (Practica sexo con: hombres mujeres o los dos?)
		45.	Have you fathered any children? If yes, how many? (Ha tenido hijos? Si, si cuantes?)
General Medical Questions / Preguntas Medicas General			
		46.	Are you currently taking any medications? If yes, what kind? (Esta tomando medicamento ahora? Si, si de que tipo?)
		47.	Do you faint or have any reaction to having blood drawn? (Usted se desmaya o tiene una reaccion cuando le sacan sangre?)
		48.	Are you experiencing any problems today? If yes, what kind? (Esta experimentado problemas ahora? Si, si que tipo?)

Today's Visit / Visita de hoy			
		49.	What is the purpose of your visit today? (Cual es el proposito de su visita hoy?)
		50.	May we help you in any other way? (Lo podemos ayudar en otra manera?)
Patient Comments / Comentarios del Paciente			
Review of Non-Reproductive Systems			
Yes Si No		Psychological / Psicologico	
		51.	Depression, requiring treatment (Depresion tratamiento requerido)
Endocrine			
		52.	Thyroid Problems (Problemas de Tiroide)
		53.	Diabetes (Diabetes)
Hemotological / Lymphatic			
		54.	Anemia (Anemia)
		55.	Sickle cell disease/trait (Abnormalidad de celulas de hoz)
		56.	Blood clotting disorder (Desorden de cuogulos de sangre)
Skin / Piel			
		57.	Acne or other skin problems. What? (Acne o otros problemas de la piel. Que?)
Allergy/Immunology / Alergias/Imunologia			
		58.	Are your immunizations up-to-date? (Sus vacunas estan al corriente?)
		59.	Have you had a tetanus shot in the last 10 yrs.? (Ha tenido la vacuna del tetano en los ultimos 10 años?)
		60.	Where you in school at age 14? (Estaba en la escuela a la edad de 14?)
		61.	Are you allergic to any drugs, medications, latex or other substances including local anesthesia? If yes, what? (Es usted alergico a alguna droga, medicamento, latex, o otra substancia que incluya anestesia local? Si, si que?)
Family History / Historial Familiar			
		62.	Are you adopted? (Es usted adoptado?)
		63.	Have your biological family had any of the following: (Su familia biologica ha tenido algunos de los siguientes es?)
Yes Si No		Diagnosis (Diagnostico)	Relative (Pariente)
		Osteoporsis (Osteoporosis)	
		Diabetes (Diabetes)	
		Heart Attack/Stroke before age 50 (Ataque al corazon/embolio antes de los 50)	
		Heart Attack/Stroke after age 50 (Ataque al Corazon/ embolio despues de los 50)	

		High blood cholesterol or fats (Colesterol alta o grasa)	
		Genetic problems (Problemas geneticos)	
		Cancer (Cancer)	
		High blood pressure (Presion alta)	
		Any female related cancers? (Cancer relacionados de mujer)	
Hospitalization and Surgery / Hospitalizacion y Cirugia			
	Year (Año)	Reason (Razon)	
HIV/STI Risk			
Yes No			
		64. Have you ever had sex? (Ha tenido sexo?)	
		65. If yes, how many partners have you had in your life? (Si, si cuantas parejas a tenido en su vida?) Male _____ Female _____ (Hombres) _____ (Mujeres) _____	
		66. If yes, how many partners in the past year? (Cuantas parejas a tenido en el ultimo año?) Male _____ Female _____ (Hombres) _____ (Mujeres) _____	
		67. If yes, have you ever had any problems related to sexual function? If yes, what? (Si, si ha tenido usted problemas relacionado con su function sexual?)	
		68. Are you currently sexually active now? (Es sexualmente activo ahora?)	
		69. History of sexually transmitted infections? If yes, check all that apply. (Historial de transmision sexualmente? Si, si marquen las que aplican.) O Chlamydia O Gonorrhea O Syphilis O Trich (Clamidia) (Gonorrhea) (Sifilis) (Tricomonas) O Genital Warts O Genital Herpes (Verugas genitales) (Herpes genitales)	
		70. Have you ever had unprotected vaginal, oral or anal sex with a partners whose HIV status was unknown to you or positive for HIV/STIs? (Ha tenido sexo sin proteccion vaginal, anal, o oral con una persona que desconoce su estatus de VIH o es positive en alguna inteccion transmitida sexualmente?)	
		71. Have you ever been exposed to any semen, blood or vaginal discharge from a person whose HIV status was unknown to your or positive for HIV? (Usted esta expuesto a semen, sangre o desecho vaginal de alguna persona que su estato de VIH es desconosido o es positive para VIH?)	
		72. Do you frequently use alcohol, cocaine or other drugs in connection with sexual activity? (Usa alcohol, cocaine, o otra drogas en coneccion con actividad sexual?)	

		73. Have you ever had any needle sticks with unknown or unclean needles? (Usted usa agujas que desconosca si estan limpias?)	
		74. Have you had a blood transfusion in the US from 1978-1985, or foreign country since 1978? (Ha tenido una transfusion de sangre en los Estados Unidos del 1978-1985 o en otro pais desde 1978?)	
		75. Do you use condoms regularly during sex? (Usa condones regulamente?)	
		76. Are you a hemophiliac, or have you had sex with a hemophiliac (1978-1985)? (Es hemofiliaco, o a tenido sexo con un Hemoficiaco?)	

Thank you for answering these questions. If anything above is unclear, please ask your clinician to explain it to you. Please ask if you have any questions.

Please tell your counselor if you have ever had an HIV antibody test. I understand that my decision not complete this form will not result in prejudice to my future medical care or in withdrawal or withholding or any benefits provided by programs or projects receiving federal funds to which I may otherwise be entitled.

(Gracias por contestar estas preguntas. Si algo arriba no estaciara, por favor de preguntar a la clinica para que le expliquen. Por favor de plehuntar si tiene alguna pregunta. Por favor de tener a su consejero si tenido un examen de VIH. You entienda que es mi decision en completar e staforma perjudiqui mi cuidado medico en el futuro o en retenir o en el transcurso o en cualquier beneficio que. Proyecte los programas que recibe fondo fereales en que yo este entituado.)

**Patient and Employee Signature
Firma del Paciente y el Enfermero**

ALL SERVICES AT FPHC ARE CONFIDENTIAL. HOWEVER, IF YOU ARE A MINOR, IT IS REQUIRED THAT A REPORT BE FILED WITH LEGAL AUTHORITIES IN THE CASE OF ABUSE.
(Todos los servicios de FPHC son confidenciales. Sin embargo, si es un menores requendo que un reporte se llene con autoridades legales en caso de un abuso.)

To the best of my knowledge, the information I have provided is correct and complete.
(Para mi mayor conocimiento, la informacion que proveel es corecta y completa.)

Patient Signature: _____ Date: _____
(Firma del paciente) (Fecha)

Staff Signature: _____ Date: _____
(Firma del enfermerola) (Fecha)

Employee Comments

Patient Sticker