Female Client Physical Examination

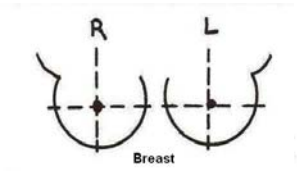
Client Name_____ **DOB**___/____/_____ **ID#**_____

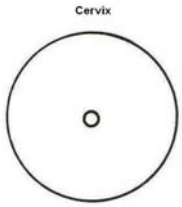
Date:	**Results**	**Initials**
Height		
Weight/BMI		
B/P		
Hgb		
Urine		

Initial	**Name/Title**

Test	**Date/Initials**	**Results/Date entered/Initials**
Chlamydia		
GC		
Serology		
HIV		
Pap		
Pregnancy Test		
Wet Prep		

√=Normal AB=Abnormal NA=Not Assessed





Organ/System	**Results**
1. Extremities	
2. Skin	
3. HEENT	
4. Breasts	
5. Neck (thyroid)	
6. Heart	
7. Lungs	
8. Back	
9. Abdomen	
10. Vulva	
11. Vagina	
12. Cervix	
13. Uterus	
14. Adnexa	
15. Rectum	

Summary of Findings:

Assessment:

Plan/Education and Counseling/Return to Clinic:

Contraceptive Prescription/ Method:*

Examiner's Signature:_____ **Date:**_____

Revised: September 2008

*** Name of medication, Route of administration, Frequency of administration and Duration prescribed**

Formulario de Historia Médica Femenina

_____

Nombre del Cliente _____**Edad**___ **Fecha de Nacimiento**___/____/_____ **ID#**_____

Razón para la visita de hoy: _____ **¿Es alérgica a algún medicamento, comida, látex, metales u otros?** ___No ___Sí

Por favor, enumérelos _____

Salud General

Ha tenido alguna vez o tiene:

No	Sí		No	Sí	
□	□	Diabetes / Problemas de Tiroides	□	□	Problemas con sus riñones o vejiga
□	□	Ataques	□	□	Cáncer
□	□	Ataques al corazón o derrames	□	□	Alta presión sanguínea
□	□	Cirugía o problemas de los pechos	□	□	Hepatitis (la piel se pone amarilla) o problemas de vesícula
□	□	Depresión	□	□	Infección pélvica tratada en el hospital
□	□	Migrañas con aura	□	□	Fibromas uterinos o quistes ováricos
□	□	Coágulos de sangre en las venas, ejemplo en las piernas o pulmones	□	□	Problemas con la visión o la audición
□	□	Transfusiones de sangre	□	□	Eczema o problemas en la piel
□	□	Falta de aire	□	□	Problemas con los músculos / huesos
□	□	Anemia	□	□	Alto colesterol

□ □ ¿Ha tenido alguna otra condición médica, alguna cirugía o ha sido hospitalizada? Si es sí, explique _____

_____

¿Cuántas veces a la semana se ejercita? _____ Por día, ¿cuántas frutas ___ vegetales____ lácteos_____ cereales____ carne _____ come?

¿Mastica / fuma tabaco? ___No ___Sí. Si es sí, ¿cuántos cigarrillos por día? ____ ¿Por cuánto tiempo ha masticado / fumado? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe por día ___, semana___, mes___? ¿Está preocupada por su consumo de alcohol? ___No ___Sí

¿Consume actualmente drogas de la calle? ___No ___Sí Si es sí, ¿cuántas veces por semana?____

¿Usa o ha usado drogas inyectables? ___No ___Sí Si es sí, ¿Cuán a menudo?____ ¿Última vez que las usó? _____

Enumere los medicamentos que está tomando, su frecuencia y qué tanto. Incluya los recetados, los sin receta (Ibuprofeno, Tylenol), hierbas y vitaminas:

_____

Fecha de su última mamografía _____ ¿resultado? _____ Si tiene 50 o más, ¿se ha hecho el examen para cáncer de colon? ___No ___Sí

Vacunas

Por favor indique la fecha de sus últimas vacunas. (Se recomienda una dosis de refuerzo de la vacuna antitetánica cada 10 años.)

_____MMR (1 o 2 dosis) _____Td/Tdap _____Hepatitis B, serial _____vacuna HPV Otros, enumere_____

Historial Familiar ¿Es adoptada? ___No ____Sí (Si su respuesta es afirmativa y no conoce el historial familiar entonces ya terminó con esta sección)
¿Tiene algún familiar consanguíneo que haya tenido alguna de las siguientes condiciones? Por favor indique quiénes son. (Incluya a su madre, padre, hermanos y hermanas)

___Diabetes_____ ___ Alto colesterol / triglicéridos_____ ___ Anemia falciforme_____

___Cáncer _____(tipo) _____ ___Alta presión sanguínea _____ ___Derrame_____

___Flebitis o coágulos en las venas _____a qué edad _____ ___Padece del corazón o ataque al corazón _____ a qué edad __

Si nació antes de 1971, ¿recibió su madre una hormona llamada dietilestibestrol (DES) mientras estaba embarazada de Usted? ___No ___No sé ___Sí

Psicosocial: ¿Tiene algún problema en su hogar, trabajo o colegio qué le ocasiona molestias? ____No ___Sí Si es Sí, por favor explique _____

_____

Menstrual

¿Qué edad tenía cuando comenzó a menstruar? _____ Fecha de la última menstruación (1er día) _____ ¿Está retrasada su menstruación? ___No ___Sí

¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿Cuántos días hay entre la terminación de una menstruación y el comienzo de la otra? ___

¿Sangra entre medio de sus menstruaciones? ___No ___Sí ¿Cuántas toallas femeninas / tampones utiliza por día? _____

¿Siente dolor durante sus menstruaciones? ___No ___Sí Si es Sí, ¿qué hace para aliviar ese dolor? _____

¿Sufre de tensión menstrual, aumento de peso, dolor de espalda o cambio de humor antes de su menstruación? ___No ___Sí

Examen de Papanicolau ¿Es éste su primer examen de Papanicolau? ___No ___Sí (Si este es su primer examen Papanicolau, omita esta sección)

¿Cuándo fue su último examen de Papanicolau? _____ ¿Cuáles fueron los resultados? ___Normal ___Anormal ___No lo sé

Si alguna vez tuvo un resultado anormal en su examen de Papanicolau, ¿cuándo fue y cuál fue el tratamiento? _____

Embarazo

¿Ha estado embarazada alguna vez? ___No (Si es no, entonces ya terminó con esta sección) ___Sí Edad con el primer embarazo ____

de embarazos ____ # de partos ____ Fecha de su último parto _____ # de hijos vivos _____

de abortos espontáneos ____ # de abortos _____ # de embarazos ectópicos ____

Describa cualquier complicación que haya tenido durante el embarazo (ejemplo: alta presión sanguínea; depresión; alta azúcar en sangre): _____

¿Está dando pecho actualmente? ___No ___Sí ¿Planea tener más hijos? ___No ___Sí ___Indecisa

Sexual

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ Cuando era joven ¿puso alguien algo en su vagina alguna vez? ___No ___Sí

¿Tiene algún dolor, incomodidad o sangrado durante o después de su relación sexual? ___No ___Si Si es sí, describa_____

¿Ha sido tratada recientemente por infección vaginal? ___No ___Sí Si es sí, describa_____

¿Tiene síntomas de infección vaginal, tales como comezón, ardor, olor o flujo inusual? ___No ___Sí (lístelo) _____

¿Ha sido tratada por una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) durante el último año? ___No ___Sí ¿Cuál? _____

¿Ha sido tratada por una infección pélvica inflamatoria en el último año? ___No ___Sí Si es sí, ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido una nueva pareja sexual o más de una pareja sexual durante el último año? ___No ___Sí ¿Cuántas parejas en toda su vida? _____

¿Eran o son sus parejas sexuales: □hombres □mujeres □ambos □usuarios de drogas intravenosas □pareja con múltiples parejas o con riesgo de VIH/ETS?

¿Qué tipo de relación sexual ha tenido? □ Oral □ Anal □ Vaginal □ Ninguno

¿Ha sido abusada físicamente alguna vez (golpeada, pateada, abofeteada)? ___No ___Sí

¿Ha sido emocionalmente abusada alguna vez (amenazada, menospreciada)? ___No ___Sí

¿La ha forzado alguna vez alguien incluyendo su pareja o algún pariente a tener sexo? ___No ___Sí

¿Qué hace para protegerse de ser infectada con VIH o Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)? _____

Anticonceptivos

Marque todos los métodos anticonceptivos que ha utilizado:

___Abstinencia (no tener sexo)	___Píldora	___Esterilización	___Espuma, supositorio, gel, película
___Retiro	___Condón	___Diafragma	___Depo Provera
___Norplant / Implanon	___DIU	___Esponja	___Parche anticonceptivo
___Anillo vaginal	___Planificación Familiar Natural		Otro_____

¿Cuál es el método anticonceptivo que ha utilizado más recientemente? _____

¿Está usando este método ahora? ___No Si es no, ¿cuándo dejó de usarlo? _____ ___Si Si es sí, ¿Por cuánto tiempo lo ha usado? _____

¿Ha tenido problemas con algún método anticonceptivo utilizado? ___No ___Si es sí, describa _____

_____ _____

Firma del Cliente y Fecha **Firma del Cliente y Fecha Actualizada**

For office use only

Summary of Findings / Recommendations / Referrals: _____

_____

_____

_____

Counseling

Topic	Addressed*	NA	Addressed	NA
Health Promotion				
Tobacco cessation				
Drug/Alcohol use				
STD/HIV risk reduction				
Overview/Review of Method (s)				
Adolescents Only				
Abstinence				
Resisting Sexual Coercion				
Family Participation				
Report of Abuse or Neglect				

***√ individual boxes when topic Addressed or √ NA when Not Applicable**

Scheduled for exam on_____ Method given_____

Reviewed by: _____ Date_____

Updated by: _____ Date_____

Female History Form

Name County Health Department

Client Name_____ **Age**___ **DOB**___/____/_____ **ID#**_____

Reason for today's visit: _____ **Are you allergic to any medications, foods, latex, metals, or other**? ___No ___Yes

Please list_____

General Health

Have you ever had or do you have:

No	Yes		No	Yes	
□	□	Diabetes / Thyroid Problems	□	□	Problems with your kidneys or bladder
□	□	Seizures	□	□	Cancer
□	□	Heart attacks or strokes	□	□	High blood pressure
□	□	Breast surgery or problems	□	□	Hepatitis (skin turned yellow) or gallbladder problems
□	□	Depression	□	□	Pelvic infection treated in the hospital
□	□	Migraines with aura	□	□	Uterine fibroids or ovarian cysts
□	□	Blood Clot in your blood vessels like leg or lung	□	□	Problems with vision or hearing
□	□	Blood transfusions	□	□	Eczema or skin problems
□	□	Shortness of breath	□	□	Problems with muscles / bones
□	□	Anemia	□	□	High Cholesterol

□ □ Have you ever had any other medical conditions, any surgery or been hospitalized? If yes explain_____

_____

How many times a week do you exercise? _____ Per day, how many fruits___ vegetables____ dairy_____ grains____ meat _____ do you eat?

Do you chew / smoke tobacco? ___No ___Yes If yes how many cigarettes a day? ____ How long have you chewed / smoked? _____

How many alcoholic beverages do you drink per day___, week___, month___? Are you worried about your alcohol use? ___No ___Yes

Do you currently use street drugs? ___No ___Yes If yes how many times a week?____

Do you or have you used injectable drugs? ___No ___Yes If yes, how often?____ Last time used? _____

List the medications you are taking, how often and how much. Include prescriptions, over the counter (Ibuprofen, Tylenol), herbs, & vitamins:

_____

The date of your last mammogram_____ and results? _____ If age 50 or older, have you had colon cancer screening? ___No ___Yes

Immunizations

Please give the date of your last immunizations. (A tetanus booster dose is recommended every 10 years.)

_____MMR (1 or 2 doses) _____Td/Tdap _____Hepatitis B, series _____HPV vaccination Other, list_____

Family History Are you adopted? ___No ____Yes (If yes and you do not know your family history, you are done with this section)

Have any of your blood relatives had the following conditions? Please say who they are. (Include your mother, father, brothers, and sisters)

___Diabetes_____ ___High cholesterol / triglycerides_____ ___Sickle Cell Anemia_____

___Cancer _____(type) _____ ___High blood pressure_____ ___Stroke_____

___Phlebitis or clots in the veins _____at what age_____ ___Heart disease or heart attack _____ at what age_____

If born before 1971, did your mother receive a hormone called Diethylstilbestrol (DES) while pregnant with you? ___No ___Do not know ___Yes

Psychosocial: Do you have any problems at home, work, or school that are bothering you? ____No ___Yes If yes, please explain_____

_____

Menstrual

How old were you when your periods began? _____ Date of last period (1st day) _____ Is your period overdue? ___No ___Yes

How many days does your period last? _____ How many days from the start of one period until the start of the next period? ___

Do you bleed between periods? ___No ___Yes How many pads/tampons do you use per day? _____

Do you have pain with your periods? ___No ___Yes If yes, what to you do to relieve this pain? _____

Do you have menstrual tension, weight gain, backache, or mood changes before your period? ___No ___Yes

Pap Smears Is this your first Pap Smear? ___No ___Yes (If this is your first pap smear, skip this section)

When was your last Pap Smear? _____ What were the results? ___Normal ___Abnormal ___Do not know

If you have ever had an abnormal Pap Smear when and what treatment: _____

Pregnancy

Have you ever been pregnant? ___No (If no, you are done with this section) ___Yes Age at first pregnancy____

# of pregnancies____ # of deliveries____ Date of your last delivery_____ # of living children_____

# of miscarriages____ # of abortions_____ # of ectopic____

Describe any complications you had during pregnancy (example: high blood pressure; depression; high blood sugars): _____

Are you currently breastfeeding? ___No ___Yes Do you have plans for more children? ___No ___Yes ___Undecided

Revised: September 2008

Sexual

How old were you when you first had intercourse? _____ When you were young did someone ever put something in your vagina? ___No ___Yes

Are you experiencing any pain, discomfort or bleeding with or after intercourse? ___No ___Yes If yes, describe_____

Have you recently been treated for a vaginal infection? ___No ___Yes If yes, describe_____

Do you have any symptoms of vaginal infection, such as itching, burning, odor, or unusual discharge? ___No ___Yes (list) _____

Have you been treated for a sexually transmitted disease in the last year? ___No ___Yes What_____

Have you been treated for a pelvic inflammatory infection in the last year? ___No ___Yes If yes, when? _____

Have you had a new sexual partner or more than one sexual partner in the last year? ___No ___Yes How many partners in your lifetime? _____

Were/Are your sexual partners: □ men □ women □ both □ IV drug users □ partner with multiple partners or at risk for HIV/STD

What types of sex have you had? □ Oral □ Anal □ Vaginal □ None

Have your ever been physically abused (hit, kicked, slapped)? ___No ___Yes

Have you ever been emotionally abused (threatened, made to feel worthless)? ___No ___Yes

Has anyone, including partner or family member ever forced you to have sex? ___No ___Yes

What do you do to protect yourself from being infected with HIV/STD? _____

Contraceptives

Check all of the birth control methods you have used:

___Abstinence (not having sex)	___Pill	___Sterilization	___Foam, suppository, gel, film
___Withdrawal	___Condoms	___Diaphragm	___Depo Provera
___Norplant / Implanon	___IUD	___Sponge	___Birth Control Patch
___Vaginal ring	___Natural Family Planning		Other_____

What is the most recent birth control method you have used? _____

Are you using this method now? ___No If no, when did you stop using it? _____ ___Yes If yes, how long have you been using it? _____

Have you had problems with any birth control methods? ___No ___Yes If yes, describe_____

_____ _____

Client signature and date **Client signature and date updated**

For office use only

Summary of Findings / Recommendations / Referrals: _____

_____

_____

_____

Counseling

Topic	Addressed*	NA	Addressed	NA
Health Promotion				
Tobacco cessation				
Drug/Alcohol Use				
STD/HIV risk reduction				
Overview/Review of Method (s)				
Adolescents Only				
Abstinence				
Resisting Sexual Coercion				
Family Participation				
Report of Abuse or Neglect				

***√ individual boxes when topic Addressed or √ NA when Not Applicable**

Scheduled for exam on_____ Method given_____

Reviewed by: _____ Date_____

Updated by: _____ Date_____

Revised: September 2008

Family Planning Informed Consent

I, _____, hereby give my consent to,

_____, hereafter referred to as the Clinic, to obtain a health history, secure laboratory services, and perform a physical examination for me as may be necessary.

- The Clinic may test for sexually transmitted diseases–including but not restricted to Chlamydia, gonorrhea, syphilis, and HIV. I understand that positive test results may warrant confidential follow-up by a public health worker.
- I understand that, if I require care beyond the scope of this Clinic, I will be referred to a health care provider of my choice.
- I understand that my health information and visits to the Clinic are confidential pursuant to state and federal law, and my case will not be discussed with anyone outside the Clinic unless I give my written permission to do so, except as necessary to provide services or required by law.

I have read this form, understand the information in it, have had all my questions answered to my satisfaction and I am voluntarily signing this consent to receive the services provided by this Clinic.

In the event of a health emergency, I authorize the Clinic to contact:

_____	_____	_____
Name	Address	Phone #

- Clinic staff is required to comply with Kansas State Laws regarding reporting of child abuse and neglect.

_____	_____
Client Signature	Date
_____	_____
Witness Signature	Date

June2014

Client Name_____ DOB_____

Consentimiento Informado de Planificación Familiar

Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento a,

_____, en adelante referido como la Clínica, a obtener la historia de salud, servicios seguros de laboratorio, y a realizarme el examen físico que sea necesario.

- La Clínica puede hacer pruebas para enfermedades de transmisión sexual – incluyendo pero no limitando a la clamidia, gonorrea, sífilis, y el VIH. Entiendo que los resultados positivos de estas pruebas tendrán un seguimiento confidencial por parte de un trabajador de salud pública.
- Entiendo que, si yo requiero cuidado más allá del alcance de esta Clínica, yo seré referida a un proveedor de cuidado de salud de mi elección.
- Entiendo que mi información de salud y visitas a la Clínica son confidenciales de conformidad con la ley estatal y federal, y mi caso no será discutido con nadie fuera de la Clínica a menos que yo dé mi permiso por escrito para hacerlo, excepto cuando sea necesario proporcionar los servicios o sean requeridos por la ley.

He leido esta forma, entiendo la información que está aquí, he tenido todas mis preguntas contestadas a mi satisfacción y estoy firmando voluntariamente este consentimiento para recibir los servicios que ofrece esta Clínica.

En caso de una emergencia de salud, autorizo a la Clínica contactar a:

_____	_____	_____
Nombre	Dirección	Teléfono #

- Se requiere que el personal de la Clínica cumpla con las Leyes del Estado de Kansas con respecto a reportar abuso y negligencia infantil.

_____	_____
Firma del Cliente	Fecha
_____	_____
Firma del Testigo	Fecha

June2014

Client Name_____ DOB_____

Male Client Physical Examination

Client Name_____ **DOB**___/____/_____ **ID#**_____

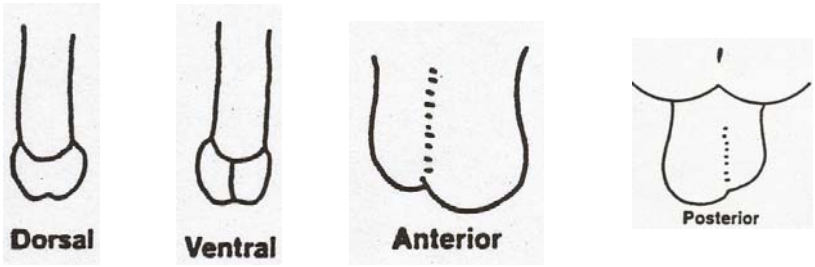
Date:	**Results**	**Initials**
Height		
Weight/BMI		
B/P		
Hgb		
Urine		

Test	**Date/Initials**	**Results/Date entered/Initials**
Chlamydia		
GC		
Serology		
HIV		

Initials	**Name/Title**

√=Normal AB=Abnormal NA=Not Assessed

Organ/System	**Results**
1. Extremities	
2. Skin	
3. HEENT	
4. Neck (thyroid)	
5. Breasts	
6. Heart	
7. Lungs	
8. Back	
9. Abdomen	
10. Penis	
11. Scrotum	
12. Rectum	



Summary of Findings:

_____

_____

_____

_____

Assessment:

_____

Plan/Education and Counseling/Return to Clinic:

_____

_____

Contraceptive Method:

_____

Examiner's Signature:_____ **Date:**_____

MALE MEDICAL HISTORY

NAME_____ **AGE**_____ **DOB**_____

Marital Status S M D W Separated Living with someone **Allergies**_____

Hospitalizations/Surgery_____ **Current Meds**_____

Major Illnesses/Injuries_____ _____

Reason for today's visit:_____

Family MD:_____ Date of Last Visit:_____ Abnormal Findings: Y N

Do you use: Tobacco products? Y N, If yes type/amount per day_____ Alcohol/drugs? Y N, if yes type/amount_____

Have you had: German Measles (Rubella)? Yes No Vaccinated Unknown Normal Childhood Vaccinations? Y N

Did your mother take DES (a medication to prevent miscarriages) when she was pregnant with you? Yes No

---

Family History: Has any member of your family (parents, siblings, grandparents) had any of the following? Please Mark all that apply and state relationship:_____ ❑Check here if you do not know your biological family history

❑Diabetes_____ ❑Stroke_____ ❑Heart Disease_____ ❑Blood Clots_____

❑High Blood Pressure_____ ❑High Cholesterol_____ ❑Sickle Cell Anemia_____

❑ Cancer (if yes, type and relationship)_____

❑Birth Defects/Genetic Diseases (if yes, type and relationship)_____ ❑Other_____

Past Medical History: Do you have, or have you ever had(Check all that apply):

GENERAL
- ❑Frequent or Severe Headaches
- ❑Unexplained Weight loss
- ❑Dizziness/Fainting
- ❑Seizures/Epilepsy/Convulsions
- ❑Skin Disorders
- ❑Leg pain/tenderness, swelling
- ❑Joint Pain
- ❑Recent Chills/Fever
- ❑Weight Problems

HEENT
- ❑Vision Problems (blurring/double vision, spots)
- ❑Hearing Problems
- ❑Difficulty Swallowing
- ❑Runny Nose

LUNGS
- ❑Chronic Cough
- ❑Hay Fever
- ❑Asthma
- ❑TB

BLOOD
- ❑Transfusions/Blood Products
- ❑Anemia
- ❑High Cholesterol
- ❑Blood Clots
- ❑Unusual Bruising
- ❑Blood Disorders
- ❑Injectable Drug Use

PSYCHOSOCIAL
- ❑Depression/Anxiety
- ❑History of Abuse
- ❑Suicidal Thoughts

ENDOCRINE
- ❑Diabetes
- ❑Thyroid Disorder
- ❑Increased Thirst

HEART
- ❑Chest pain
- ❑Difficulty Breathing
- ❑Rheumatic Fever
- ❑Mitral Valve Prolapse
- ❑Heart Murmur
- ❑High Blood Pressure
- ❑Stroke

ABDOMEN
- ❑Gallbladder Disease
- ❑Gastric Ulcers
- ❑Heartburn
- ❑Pain

LIVER
- ❑Hepatitis
- ❑Jaundice
- ❑Mononucleosis

CANCER ❑**TYPE**_____

BREASTS
- ❑Lump
- ❑Nipple Discharge

BOWELS
- ❑Constipation/Diarrhea
- ❑Blood in Stool
- ❑Rectal Pain/Bleeding

UROLOGICAL/GENITAL HISTORY

❑Kidney/Bladder Problems or Infections
❑Blood in Urine
❑Nightime Urination
❑Pain, burning, difficulty or frequent urination
❑Injury to testicles or groin
❑Hernia/Hydrocele/Varicocele
❑Discharge from Penis
❑Sores/Bumps/Rash in genital area
❑Pain/bleeding with ejaculation or intercourse
❑Sexually Transmitted Infection(Gonorrhea,Chlamydia,Warts,Herpes,Hepatitis)
Type:_____
❑Do you have HIV? Yes No Unknown

Have you urinated in the last hour Yes No

Other Concerns/Pertinent History:_____
_____
_____
_____

SEXUAL HISTORY

Are you currently Sexually Active Yes No
Lifetime Sexual Partners:_____
Age of First Intercourse:_____
Are your current and past partners: Male Female Both
How many current sexual partners do you have?_____
Does your current sexual partner have STI symptoms? Yes No
Has your current or past sexual partner(s) had an STI or HIV?
Yes No Unknown, If yes type_____
Do your current or past sexual partner(s) inject drugs? Yes No
Have you had more than one sexual partner in the last 6 months? Yes No
What types of Sex do you have: Vaginal Oral Anal
Have you ever been forced into an activity you did not want to do? Yes No

FAMILY PLANS

Have you fathered any children? Yes No, if yes how many___
Do you plan future children? Yes No Undecided
Are you and your partner(s) currently using birth control?
❑Yes ❑No ❑Unsure, if yes, which type(s)?_____
Do you want more information about birth control? Yes No

NUTRITION

How many servings of the following do eat per day: Fruits _____Vegetables _____Nuts/Beans _____
Eggs/Meats _____Milk/Dairy _____Caffeine _____

EDUCATION:

Physical Exam ❑
Lab tests/Results ❑
STI's/HIV ❑
Referral:_____ NA ❑
Info on Prescriptions Rec'd❑ NA ❑
(to include:back-up, side effects, drug interactions information)

Condom Fact Sheet ❑
Smoking Cessation ❑
Emergency Information ❑
Next Visit _____NA ❑

Contraception ❑
Nutrition ❑
Self Testicular Exam ❑
Adolescent Ed. ❑ NA ❑
(to include Abstinence, Family involvement, & sexual coercion)

ASSURANCE OF CONFIDENTIALITY

This medical record is confidential and will not be released to anyone without your written consent, except as may be required by law.

To the best of my knowledge, the above history is accurate and complete. Educational information has been given to me as indicated above. I have been given the opportunity to ask questions. If I am 18 years old or younger, I have been strongly encouraged to discuss my family planning needs with my parents. If I use tobacco, I have been given information and understand the health risk of using tobacco. I have been told that if tests are taken for sexually transmitted infections (STIs), reporting of positive results to public health agencies is required by law. I understand that the Nebraska Health and Human Services may access my medical record to determine the quality of services provided by this agency.

CONSENT TO TREATMENT: I hereby consent to examination, consultation, and treatment at this clinic.

Patient Signature:_____ Staff Signature:_____ Date:_____

Formulario de Historia Médica Masculina

_____

Nombre del Cliente _____**Edad**___ **Fecha de Nacimiento**___/____/_____ **ID#**_____

Razón para la visita de hoy: _____ **¿Es alérgico a algún medicamento, comida, látex u otros?** ___No ___Sí

Por favor, enumérelos _____

Salud General

Ha tenido alguna vez o tiene:

No	Sí		No	Sí	
□	□	Diabetes / Problemas de Tiroides	□	□	Problemas con sus riñones o vejiga
□	□	Ataques	□	□	Cáncer
□	□	Ataques al corazón o derrames	□	□	Alta presión sanguínea
□	□	Hepatitis (la piel se pone amarilla) o problemas de vesícula	□	□	Problemas con los músculos / huesos
□	□	Depresión	□	□	Migrañas o dolores de cabeza fuertes
□	□	Coágulos de sangre en las venas, ejemplo en las piernas o pulmones	□	□	Transfusiones de sangre
□	□	Eczema o problemas en la piel	□	□	Falta de aire
□	□	Problemas con la visión o la audición			
□	□	¿Ha tenido alguna otra condición médica, alguna cirugía o ha sido hospitalizado? Si es sí, explique _____			

_____

¿Cuántas veces a la semana se ejercita? _____ Por día, ¿cuántas frutas ___ vegetales____ lácteos_____ cereales____ carne _____ come?

¿Mastica / fuma tabaco? ___No ___Sí. Si es sí, ¿cuántos cigarrillos por día? ____ ¿Por cuánto tiempo ha masticado / fumado? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe por día ___, semana___, mes___? ¿Está preocupado por su consumo de alcohol? ___No ___Sí

¿Consume actualmente drogas de la calle? ___No ___Sí Si es sí, ¿cuántas veces por semana?____

¿Usa o ha usado drogas inyectables? ___No ___Sí Si es sí, ¿Cuán a menudo?____ ¿Última vez que las usó? _____

Enumere los medicamentos que está tomando, su frecuencia y qué tanto. Incluya los recetados, los sin receta (Ibuprofeno, Tylenol), hierbas y vitaminas:

_____

Si tiene 50 o más, ¿se ha hecho el examen para cáncer de colon? ___No ___Sí

Vacunas

Por favor indique la fecha de sus últimas vacunas. (Se recomienda una dosis de refuerzo de la vacuna antitetánica cada 10 años.)

_____MMR (1 o 2 dosis) _____Td/Tdap _____Hepatitis B, serial Otros, enumere_____

Historial Familiar ¿Es adoptado? ___No ____Sí (Si su respuesta es afirmativa y no conoce el historial familiar entonces ya terminó con esta sección)
¿Tiene algún familiar consanguíneo que haya tenido alguna de las siguientes condiciones? Por favor indique quiénes son. (Incluya a su madre, padre, hermanos y hermanas)

___Diabetes_____ ___ Alto colesterol / triglicéridos_____ ___ Anemia falciforme_____

___Cáncer _____(tipo) _____ ___Alta presión sanguínea _____ ___Derrame_____

___Flebitis o coágulos en las venas _____a qué edad _____Enfermedad del corazón o ataque al corazón _____ a qué edad __

Si nació antes de 1971, ¿recibió su madre una hormona llamada dietilestibestrol (DES) mientras estaba embarazada de Usted? ___No ___No sé ___Sí

Psicosocial: ¿Tiene algún problema en su hogar, trabajo o colegio qué le ocasiona molestias? ____No ___Sí Si es Sí, por favor explique _____

_____

Embarazo

¿Cuántos hijos ha procreado? ___

Sexual

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ Cuando era joven ¿alguien alguna vez le tocó el pene o recto de manera sexual? ___No ___Sí

¿Tiene problemas para obtener o mantener la erección? ___No ___Si Si es sí, describa_____

¿Eran o son sus parejas sexuales: □hombres □mujeres □ambos □usuarios de drogas intravenosas □pareja con múltiples parejas o con riesgo de VIH/ETS?

¿Ha sido tratado por una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) durante el último año? ___No ___Sí ¿Cuándo y cuál? _____

¿Ha tenido una nueva pareja sexual o más de una pareja sexual durante el último año? ___No ___Sí ¿Cuántas parejas en toda su vida? _____

¿Ha sido abusado físicamente alguna vez (golpeado, pateado, abofeteado)? ___No ___Sí

¿Ha sido emocionalmente abusado alguna vez (amenazado, menospreciado)? ___No ___Sí

¿Le ha forzado alguna vez alguien incluyendo su pareja o algún pariente a tener sexo? ___No ___Sí

¿Qué tipo de sexo ha tenido? □ Oral □ Anal □ Vaginal □ Ninguno

¿Qué hace para protegerse de ser infectado con VIH o Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)? _____

Anticonceptivos

Si su pareja o parejas son femeninas, ¿usa usted o su pareja algún método anticonceptivo? ___No ___Sí, ¿Qué método? _____

Infección Genital

¿Tiene alguno de los siguientes signos o síntomas en la zona genital?

No	Sí		No	Sí	
□	□	Sarpullido	□	□	Llagas
□	□	Ronchas	□	□	Urgencia o frecuencia para ir a orinar
□	□	Picazón / Dolor	□	□	Goteo / Flujo
□	□	Ardor	□	□	Problemas anales o para defecar
□	□	Dolor al orinar	□	□	Sangrado rectal

______________________________________ ______________________________________

Firma del Cliente y Fecha **Firma del Cliente y Fecha Actualizada**

- -

For office use only

Summary of Findings / Recommendations / Referrals: ____

____

____

____

Counseling

Topic	Addressed*	NA	Addressed	NA
Health Promotion				
Tobacco cessation				
Drug/Alcohol use				
STD/HIV risk reduction				
Overview/Review of Method (s)				
Adolescents Only				
Abstinence				
Resisting Sexual Coercion				
Family Participation				
Report of Abuse or Neglect				

***√ individual boxes when topic Addressed or √ NA when Not Applicable**

Scheduled for exam on________________________ Method given____

Reviewed by: ____ Date______________________

Updated by: ____ Date______________________