

RESUMEN DE SALUD DEL PACIENTE MASCULINO



SWAN MEDICAL
PETER CASTILLO MD, FACOG, FPMRS

Nombre de fecha _____ D O B _____

¿Cuál es la razón principal por la que está aquí para ver al proveedor hoy?	1. ¿Cuánto tiempo has experimentado cada problema? 2. ¿Algún tratamiento previo que tuviste para esto?

Haga una lista de cualquier problema médico o condición de salud que tenga:	Año de diagnóstico:	Haga una lista de cualquier cirugía, procedimiento u hospitalización que haya tenido desde la infancia	Año (si se conoce)

Antecedentes familiares: Actividad:

Cualquier antecedente familiar de:	Relación
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular y/o ataque cardíaco	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Problemas urinarios	
<input type="checkbox"/> Alzheimer/demencia	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica	
<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo de lista)	
<input type="checkbox"/> Los demás:	

¿Haces ejercicio regularmente?

- 3 veces a la semana o más
 Ocasionalmente
 Raramente

Hábitos:

- Fumo cigarrillos o puros ___ por día
 Uso cafeína ___ al día
 Bebo bebidas alcohólicas ___ por semana

¿Consumes drogas recreativas?

- Sí: Tipos/comentarios: ___

Alergias

Haga una lista de las alergias conocidas junto con el tipo de reacción que experimenta.

¿Alguna vez ha tenido algún problema con la anestesia local? Sí No

¿Tiene alergia al látex? Sí No

Medicamentos

Por favor, enumere todas las modificaciones que toma actualmente, o cualquier **reemplazo hormonal**. Haga una lista de la dosis y la frecuencia con la que la toma.



SWAN MEDICAL
PETER CASTILLO MD, FACOG, FPMRS

Nombre del medicamento (por ejemplo, Advil)	Potencia (por ejemplo, 100 mg)	Dosis (por ejemplo, 1 comprimido una vez al día)

Historia social:

- Soy sexualmente activo O Quiero ser sexualmente activo No quiero ser sexualmente activo
- He completado mi familia O NO he completado mi familia
- Mi vida sexual ha sufrido O No he podido tener un orgasmo o es muy difícil

Historial Médico/Quirúrgico Pertinente:

- PSA elevado Cáncer testicular o de próstata Agrandamiento de la próstata
- Dificultad para orinar Antecedentes de anemia Vasectomía
- Disfunción eréctil Enfermedad renal o disminución de la función renal
- Ronquidos severos Donaciones de sangre frecuentes
- Tomar medicamentos para la calvicie de próstata o de patrón masculino
- Cirugía testicular o de próstata no cancerosa

Enfermedades médicas:

- Presión arterial alta Cualquier forma de hepatitis o VIH Enfermedad hepática crónica
- Accidente cerebrovascular / ataque cardíaco Lupus u otra enfermedad autoinmune Diabetes
- Colesterol alto Donación frecuente de sangre o antecedentes Enfermedad de la tiroides
- Adelgazamiento del cabello de la anemia
- Enfermedad cardíaca Fibromialgia Depresión/ansiedad
- Accidente cerebrovascular y/o ataque cardíaco Enfermedad renal crónica Trastorno psiquiátrico
- Coágulo de sangre y/o Diálisis Artritis
una embolia pulmonar Cáncer (tipo) : _____
- Hemocromatosis Apnea del sueño
- Arritmia o fibrilación auricular

EVALUACIÓN DE LA HORMONA MASCULINA



SWAN MEDICAL
PETER CASTILLO MD, FACOG, FPMRS

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Cuál de los siguientes síntomas se aplica a usted actualmente (en las últimas 2 semanas)? Please marca la casilla adecuada para cada síntoma. Para los síntomas que actualmente no se aplican o que ya no se aplican, marque "nunca"

Síntomas	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Muy fuerte (3)	Muy grave (4)
Mayor necesidad de dormir o conciliar el sueño fácilmente después de las comidas					
Sudoración (sudores nocturnos o aumento de los episodios de sudoración)					
Problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño, dormir toda la noche o despertarse demasiado temprano)					
Estado de ánimo deprimido (sentirse deprimido, triste, falta de impulso)					
Irritabilidad (cambios de humor, sentirse agresivo, enojarse fácilmente)					
Ansiedad (inquietud interior, sensación de pánico, nerviosismo, tensión interna)					
Agotamiento físico (disminución general de la fuerza muscular o la resistencia, disminución del rendimiento laboral, fatiga, falta de energía, resistencia o motivación)					
Problemas sexuales (cambio en el deseo sexual, actividad sexual y/o orgasmo y satisfacción)					
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, aumento de la necesidad de orinar, incontinencia)					
Cambios eréctiles (erecciones más débiles, pérdida de erecciones matutinas)					
Síntomas articulares y musculares (dolor o hinchazón en las articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después del ejercicio)					
Dificultades con el memory					
Problemas para pensar, concentrarse o razonar					
Dificultad para aprender cosas <i>nuevas</i>					
Dificultad para pensar en la palabra correcta para describir personas, lugares o cosas al hablar					
Aumento de la frecuencia o intensidad de dolores de cabeza y migrañas					
Pérdida o adelgazamiento rápido del cabello					
Aumento de peso, aumento de la grasa abdominal o dificultad para perder peso a pesar de la dieta y el ejercicio					
Siente frío todo el tiempo o tiene las manos o los pies fríos					
Eyaculaciones poco frecuentes o ausentes					



CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN/PROCEDIMIENTOS

Entiendo y doy mi consentimiento para el examen por parte del Dr. Peter Castillo o su designado, incluidos los procedimientos vitales para la evaluación.

Fecha de firma del paciente