



# HISTORIAL MEDICO PARA HOMBRES

For Office Use Only:  
-Place processing label here -

Fecha: \_\_\_\_\_ Ubicación:  7<sup>th</sup> Calle  McDowell  Hope Mobile

**Identificación de datos (imprimir)**  
**Nombre:** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** MM / DD / AÑO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Consentimiento para llamar o enviar mensajes de texto**   
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Razón de su Visita:**  Prueba de ITS / ETS  Consulta  Otro  
**¿Primera visita PWC?**  No  Sí **Síntomas (marque todo lo que corresponda):**  Ninguno  Erupción en el cuerpo  Erupción en los genitales  Llagas o lesiones  
 Pus/desecho  Comezón en el pene  Dolor al orinar  Otros: \_\_\_\_\_

**Farmacia:** (Nombre & Dirección) \_\_\_\_\_  
**¿Cómo escucho sobre nosotros?**  Radio  Google / en línea  Clínica / Agencia  Amigo / Familia  Señalización  Otro: \_\_\_\_\_

**Datos demográficos:**  
**Estado civil:**  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Convivencia  
**Tamaño de la familia:** \_\_\_\_\_ (Número total en familia) **Nombre del Cónyuge o Pareja:** \_\_\_\_\_  
**Ingresos Mensual:**  \$0-\$5,000  \$5,001-\$10K  \$10,001-\$15K  \$15,001-\$20K  
**Raza/Etnicidad:**  Afroamericano  Caucásico  Hispano  Nativo Americano  Asiático  
**Religión:** \_\_\_\_\_  
**¿Seguro de salud?**  Sí  No  
**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Último año de escuela completado:** \_\_\_\_\_

**Historial Paciente:** **Alergias:**  Ninguna conocida  Sí, describa: \_\_\_\_\_  
 (drogas/ alimentos/medio ambiente)  
**Medicamentos actuales:**  Ninguno  Sí, describa: \_\_\_\_\_  
**Problemas crónicos de salud:**  Ninguno  Sí, describa: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:** **Padres:**  Ninguna  Desconocido  Cáncer  Diabetes  Corazón  Tiroides  Otro: \_\_\_\_\_  
**Abuelos:**  Ninguna  Desconocido  Cáncer  Diabetes  Corazón  Tiroides  Otro: \_\_\_\_\_

**Historial Social:** **Alcohol:**  Ninguno - o - Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  Diario  Semanal  Mensual  
**Tabaco/Vape:**  Ninguno - o - Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  Diario  Semanal  Mensual  
**Drogas:**  Ninguno - o - Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  Diario  Semanal  Mensual  
**Última relación sexual:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses:** \_\_\_\_\_ **Sex con Hombres:**  No  Sí

**Historial de Enfermedades de Transmisión Sexual:**

	No	Si	Si, Fecha:		No	Si	Si, Fecha:
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____	VPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____
Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____
Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____/_____

Continúa ATRÁS

*For Office Use Only:*

BP:	PR	LK	Nit	BL	GL
P:					
WT:					

Phoenix Women's Clinic no es una clínica de emergencia y no cuenta con un servicio de respuesta las 24 horas.

**POR FAVOR, LEA Y FIRME SECCIONES DE AUTORIZACIÓN EN EL REVERSO DE ESTA PÁGINA**

- Por la presente solicito servicios en Phoenix Women's Clinic para tratamiento médico y asesoramiento. Entiendo que los servicios médicos de Phoenix Women's Clinic son brindados por una enfermera practicante, una enfermera y / o médicos voluntarios. Entiendo que el alcance de los servicios de Phoenix Women's Clinic es limitado, y que, si se necesita atención de seguimiento, será referido a los proveedores de atención medica apropiados. Además, entiendo que es mi responsabilidad obtener atención de seguimiento.
- El asesoramiento proporcionado no pretende sustituir el asesoramiento profesional.
- Entiendo que la comunicación por mensaje de texto, teléfono o carta puede considerarse necesaria a exclusivo criterio de Phoenix Women's Clinic, y doy mi permiso para que se produzca ese contacto.
- Por la presente doy mi total consentimiento para recibir servicios médicos y renuncio y libero cualquier reclamo de cualquier tipo que yo, mi bebé, mis representantes legales, herederos y / o miembros de mi familia puedan tener contra Phoenix Women's Clinic, personal médico, directores, funcionarios, empleados y voluntarios. Acuerdo expresamente que esta renuncia y liberación del contrato de indemnización tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva como lo permitan las leyes de Arizona y también que, si una parte de esta se mantiene inválida, se acuerda que el resto del acuerdo continuará en pleno vigor y efecto legal.
- **Aviso de Privacidad:** Entiendo que el personal de Phoenix Women's Clinic tendrá acceso a mis registros clínicos confidenciales para proporcionar mi atención médica y para fines estadísticos. Mis registros no se divulgarán a ninguna agencia o individuo sin mi permiso expreso, excepto según lo ordenado por la ley.

**He leído, entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior:**

Firma del  
paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Atestiguado  
por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Phoenix Women's Clinic Staff*