

Fecha de Hoy: __/__/__

Nuevo Información del Paciente Masculino

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ # Seguro Social: _____
Ocupación: _____ Empleador: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Dirección del Trabajo: _____
¿Cómo enteraste de nosotros?: _____

Estado Civil (Por favor rodee uno): Casado Separado Divorciado Soltero Viuda Viviendo con pareja
Niños (Por favor rodee): Biológico Adoptado Hijastros Ningunos
¿Usted desea tener más niños? (Por favor rodee): Sí No

Información de Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____

Médico de Atención Primaria:

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____

Farmacia Preferida:

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____

Por favor haga una lista de todas las medicaciones y las dosis:

_____/_____
_____/_____
_____/_____

Por favor haga una lista de cualquier tipo de alergias de las drogas (o escribe ningunas alergias conocidas): _____

Usted ha usado o actualmente está usando cualquier tipo de testosterona o la terapia hormonal:

Por favor rodee: Usado Nunca Gel Crema Inyecciones Bolitas Otro

Preocupaciones Principales/Razón de Visita:

- Fatiga
- Disminución de la libido
- Disfunción Eréctil
- Masa de músculo disminuido
- Preocupaciones sobre el peso
- Preocupaciones sobre el estado de ánimo
- Otro: _____

¿Cuándo tuvo su último examen físico?: _____

¿Cuándo fue su último examen/evaluación de la próstata?:

Lista de las Síntomas

Por favor rodee la severidad de cada clasificación:

Metabólico:

Aumento de peso:	Sí	No	# de libras en un año: _____	
Aumento de la presión arterial:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo
Aumento del azúcar de sangre:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo

Músculo-esquelético:

Disminución en tamaño muscular, tono, fuerza:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo
Disminución en capacidades/rendimiento físicas:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo

Función Mental:

Fatiga, especialmente en la tarde:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo
Disminución en la agudeza mental:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo

Función Sexual:

Falta de erecciones en la mañana:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo
Libido disminuido:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo
Disminución eréctil:	Ninguno	Poco	Moderado	Severo

Historial Médico

(Usted tiene o ha tenido cualquier de las siguientes)

TDAH:	Sí	No	Dolor de la cabeza/Migrañas:	Sí	No
SIDA/VIH:	Sí	No	Ataques del corazón:	Sí	No
Reflujo ácido:	Sí	No	Soplo en el corazón:	Sí	No
Acné:	Sí	No	Problemas del corazón:	Sí	No
Alergias:	Sí	No	Hepatitis:	Sí	No
Anemia:	Sí	No	Hipertensión:	Sí	No
Trastorno de Ansiedad:	Sí	No	Colesterol alto:	Sí	No
Artritis:	Sí	No	Hierro alto:	Sí	No
Asma:	Sí	No	Hipertiroidismo:	Sí	No
Problemas de la Vejiga:	Sí	No	Hipotiroidismo:	Sí	No
Enfermedades de la Sangre:	Sí	No	Infertilidad:	Sí	No
Transfusiones de la Sangre:	Sí	No	Problemas articulares:	Sí	No
Problemas de los Huesos:	Sí	No	Enfermedad de los riñones:	Sí	No
Cáncer de la Mama:	Sí	No	Piedras de los riñones:	Sí	No
Cáncer:	Sí	No	Leucemia:	Sí	No
Si sí, por favor explique: _____			Enfermedad del Hígado:	Sí	No
Enfermedad del corazón:	Sí	No	Enfermedad Pulmonar:	Sí	No
Cáncer del colon:	Sí	No	Trastorno mental:	Sí	No
Pólipos en el colon:	Sí	No	Problemas Musculares:	Sí	No
Fallado cardíaca:	Sí	No	Osteoporosis:	Sí	No
Estreñimiento:	Sí	No	Cáncer de la Próstata:	Sí	No
COPD:	Sí	No	Cáncer rectal:	Sí	No
Enfermedad arterial:	Sí	No	Convulsiones/Epilepsia:	Sí	No
Depresión:	Sí	No	Apnea del duermo:	Sí	No
Diabetes:	Sí	No	Los Ronquidos:	Sí	No
Eccema:	Sí	No	Apoplejía:	Sí	No
Fatiga:	Sí	No	Várices:	Sí	No
Fibromialgia:	Sí	No	Retención de agua:	Sí	No
Problemas gastrointestinales:	Sí	No	Otro: _____		
Pérdida de cabello:	Sí	No			

Historia Quirúrgica:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La Apendicetomía | <input type="checkbox"/> La Rinoplastia |
| <input type="checkbox"/> La Cirugía de la Espalda | <input type="checkbox"/> La Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> La Colonoscopia | <input type="checkbox"/> La Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Extracción de la Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> Extracción de Muelas del Juicio |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Rodilla | <input type="checkbox"/> Otros Cirugías: _____ |

Usted ha tenido complicaciones con el uso de la anestesia: Sí No

Si sí, por favor explique: _____

Historia de la Familia (HX): (Por Favor Rodee Sí/No)

Usted tiene una historia familiar del cáncer de la próstata:	Sí	No	Si sí, quien: _____
Usted tiene una historia familiar del cáncer del colon:	Sí	No	Si sí, quien: _____
Usted tiene una historia familiar de la enfermedad del corazón:	Sí	No	Si sí, quien: _____
Usted tiene una historia familiar de ataques del corazón:	Sí	No	Si sí, quien: _____
Usted tiene una historia familiar de diabetes:	Sí	No	Si sí, quien: _____
Usted tiene una historia familiar de las apoplejías:	Sí	No	Si sí, quien: _____
Usted tiene una historia familiar de pubertad retrasada:	Sí	No	Si sí, quien: _____
Usted tiene una historia familiar de trastornos reproductividades:	Sí	No	Si sí, quien: _____

Historia Social

(Por Favor Rodee Sí/No)

Usted ha fumado cigarros: Sí No Actualmente fuma cigarros: Sí No

Si sí, cuantos en un día típico: _____ Por cuantos años ha fumado usted: _____

Usted mastica o usa el tabaco: Sí No Si sí, cuantos en un día típico: _____

Usted usa las drogas recreacionales: Sí No Si sí, por favor explique: _____

Toma alcohol: Sí No Si sí, cuantos tragos durante una semana típica: _____

Usted hace ejercicio: Sí No Usted consume cafeína: Sí No

Repaso de las Sistemas

(Por Favor Rodee Sí/No)

Constitucional:

Aumento de peso anormal: Sí No
 Sudores nocturnales: Sí No
 Apetito disminuido: Sí No
 Fatiga: Sí No

Ojos:

Cambios visuales de repente: Sí No
 Visión doble: Sí No
 Disturbios visuales: Sí No

Oreja/Nariz/Garganta:

Pérdida de la audición: Sí No
 Zumbido en las orejas: Sí No
 Sentido olfato alterado: Sí No

Pecho:

Sensibilidad en el pezón: Sí No
 Aumento de las mamas: Sí No

Respiratorio:

Toz persistente: Sí No
 Sibilancias: Sí No
 Dificultad cuando respira: Sí No

Cardiovascular:

Dolor del pecho/presión: Sí No
 Palpitaciones: Sí No
 Dolor en los pies: Sí No
 Desmayos: Sí No
 Mareos: Sí No

Genitourinario:

Urinaria frecuente: Sí No
 Vacilación urinaria: Sí No
 Goteando después de orinar: Sí No
 Dolor con la orina: Sí No
 Sangre en la orina: Sí No

Disfunción Eréctil: Sí No

Disminución del deseo sexual: Sí No

Gastrointestinal:

Dolor abdominal: Sí No

Nausea/vomito: Sí No

Cambio en los hábitos intestinales: Sí No

Cambio en el apetito: Sí No

Sangre en las heces: Sí No

Neurológico:

Dolor de la cabeza frecuente: Sí No

Brazos/piernas débiles: Sí No

Dificultad con el discurso: Sí No

Dolor crónico: Sí No

Musculo-esqueleto:

Dolor articular: Sí No

Dolor muscular: Sí No

Debilidad muscular: Sí No

Tegumentario:

Lesiones del piel sospechosos: Sí No

Erupciones recurrentes: Sí No

Acné: Sí No

Psiquiátricos:

Estado de ánimo depresivo: Sí No

Ansiedad: Sí No

Irritabilidad: Sí No

Insomnio: Sí No

auto-confianza baja: Sí No

Endocrino:

Libido disminuido: Sí No

Intolerancia Caliente/Frío: Sí No

Cambio del Apetito: Sí No

Sed Excesivo: Sí No

PUNTUACION DE LAS SINTOMAS DE AUA (AUASS)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE HOY: _____

(Seleccione un número en Cada Línea)	Ninguna vez	Menos que 1 vez en 5	Menos que la Mitad de las Veces	La Mitad de las Veces	Más que la Mitad de las Veces	Casi Siempre
¿Durante el mes pasado más o menos, cual es la frecuencia de tener una sensación de no vaciando su vejiga completamente después de orinar?	0	1	2	3	4	5
¿Durante el mes pasado más o menos, cuántas veces ha tenido orinar de nuevo en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
¿Durante el mes pasado más o menos, cuántas veces ha encontrado que se paró y comenzó otra vez varias veces cuando orinó?	0	1	2	3	4	5
¿Durante el mes pasado más o menos, con qué frecuencia ha experimentado dificultad para posponer orinando?	0	1	2	3	4	5
¿Durante el mes pasado más o menos, con qué frecuencia usted ha tenido un flujo urinario débil?	0	1	2	3	4	5
¿Durante el mes pasado más o menos, cuántas veces ha tenido que empujar o esforzarse para comenzar orinando?	0	1	2	3	4	5
	Ninguno	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 o más Veces
¿Durante el mes pasado más o menos, cuántas veces por noche típica usted ha levantado para orinar entre el momento cuando se acostó hasta el tiempo cuando despertó?	0	1	2	3	4	5

Suma la puntuación para cada número encima y escriba el total en el espacio a la derecha. **TOTAL:** _____

PUNTUACION DE LAS SINTOMAS: 1-7 (Poco) 8-19 (Moderado) 20-35 (Severo)

CALIDAD DE LA VIDA (QDV)

	Encantado	Satisfecho	Contento	Desigual	Insatisfecho	Infeliz	Terrible
¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir con esta condición como está ahora, no mejor, no peor, para el resto de su vida?	0	1	2	3	4	5	6

Responsabilidad Financiero:

Por favor firma su nombre al lado de la declaración cierta:

Todos los servicios profesionales prestados son cargados al paciente y son pagados al tiempo del servicio a menos que se han hecho otros arreglos con nuestra oficina del negocio. Los documentos necesarios serán completados para solicitar los pagos de las compañías del seguro médico. Además, entiendo que los pagos son exigibles y pagaderos en la fecha cuando los servicios son prestados, y comprometo pagar todos los cargos incurridos plenamente inmediatamente después de la presentación de la declaración apropiada. Una fotocopia de la asignación será considerada válida igual como la original.

Por favor seleccione la opción que aplica a usted:

***Yo no tengo el seguro y pagaré completamente por mi misma para todos los servicios prestados. Yo entiendo que pagaré 100% de los servicios prestados.**

Firma/Fecha

***Yo tengo seguro y doy permisión a Paradigm Hormones cobrar el negocio de seguridad para todos los tratamientos recibidos. Además, yo entiendo que seré responsable a todos los cargos no pagados por el negocio de seguro.**

Firma/Fecha

***Yo tengo el seguro pero preferiría que Paradigm Hormones no cobra el negocio de seguro. Yo entiendo que seré responsable 100% para todos los servicios prestados.**

Firma/Fecha

***Yo tengo el seguro pero entiendo que solamente mis visitas a la oficina y laboratorios serán cobrados al negocio de seguro y yo seré responsable para el resto de los cargos, incluyendo 100% del gasto de la bolita.**

Firma/Fecha

Consentimiento para la Obtención de Sangre:

Yo autorizo que los médicos de Paradigm Hormones LLC pueden obtener un de sangre para el propósito de hacer cualesquiera pruebas del laboratorio que ellos piensan es necesario como determinado en el discreción profesional de los médicos.

Firma/Fecha

Acuso por el paciente de recibo del aviso de prácticas de privacidad

La firma abajo reconoce el recibo de una copia del aviso actualmente de las prácticas de privacidad para Paradigm Hormones.

Firma/Fecha

Consentimiento para Ordenar Información Medical y la Historia de las Prescripciones

Yo autorizo que los médicos de Paradigm Hormones LLC pueden obtener mi historia medical y mi historia de las prescripciones para ayudar con mi tratamiento.

Firma/Fecha

Consentimiento para Contactarme

Yo doy consentimiento a Paradigm Hormones LLC para contactarme para discutir sobre los aspectos diferentes de mis visitas. Yo entiendo que algunas de las razones para el contacto es para discutir los resultados del laboratorio, notificaciones de citas próximas, los cobros, etc.

Firma/Fecha

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Fecha de Hoy: _____ Proveedor del Seguro Médico: _____

Instrucciones: Esto es una herramienta de para los cánceres que aparecen en las familias. Por favor marque 'S' para los que apliquen a usted o su familia biológica (en el lado maternal y el lado paternal). A lado de cada declaración, por favor haga una lista de las relaciones a usted y la edad del diagnóstico para cada tipo de cáncer en su familia. Usted y las siguientes miembros de su familia cercanos de la sangre deben ser considerados:

- Familiares de primer grado: Madre, padre, hermanos, o niños
- Familiares de segundo grado: Abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinas, sobrinos, o medio-hermanos
- Familiares de tercer grado: primos de primer grado, bisabuelos o bisnietos

Historia de Cáncer en Su Familia (Por favor sea correcto y preciso)

	CANCER	TU (edad)	PADRES/ HERMANOS/ NINOS	EDAD	RELACION CON LA MADRE	EDAD	RELACION CON EL PADRE	EDAD
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	EJEMPLO: CANCER DE LA MAMA		HERMANA	41	TIA PRIMA	45 61	ABUELA	53
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CANCER DE LA MAMA							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CANCER DE OVARIO							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CANCER DE UTERINO/ENDOMETRIO							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	COLON/RECTAL CANCER							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	OTROS CANCER(ES) (ESPECIFICAR):							

S N ¿Eres de ascendencia judía?

S N ¿Usted o un miembro de su familia ha hecho exámenes genéticas para un síndrome de cáncer hereditario?

Si sí, por favor explique y incluya una copia del resultado:

Criterios de Análisis (marque todos que aplican a usted o su familia)

Síndrome hereditario de la mama o ovario

- Cáncer de mama diagnosticado en o menor de 45 años*
- Cáncer de ovario en cualquier edad*
- Dos cánceres de la mama en la misma persona con uno diagnosticado en o menor de 50 años*
- Dos familiares en el mismo lado de la familia con cáncer de mama, una diagnosticada en o menor de 50 años
- Tres familiares en el mismo lado de la familia con cáncer de mama y/o cáncer de ovario en cualquier edad
- Negativa triple de cáncer de mama en o menor de la edad 60 (estado receptor negativo para ER, PR, HER2)
- Cáncer de mama masculina
- Tres o mas familiares en el mismo lado de la familia con cualquier de los cánceres siguientes: mama, ovario, pancreático, próstata
- Ascendencia de Judía Askenazi con un cáncer asociado con HBOC**

Síndrome Lynch

- Una historia personal de los cánceres colon/rectal o cáncer endometrial diagnosticado en o menor que la edad 50
 - Una historia personal de dos o más cánceres de síndrome Lynch***
 - Dos o más familiares con un cáncer*** de síndrome Lynch, con uno antes de la edad 50
 - Tres o más familiares con un cáncer*** de síndrome Lynch en cualquier edad.
 - Una mutación encontrado anteriormente de BRCA1 o BRCA, o una mutación de síndrome Lynch en la familia
- * En mi misma, o de grado primer o segundo miembros familiares
 ** cáncer asociado con HBOC incluye: mama, ovario, y pancreático
 *** Cánceres asociados con Lynch incluyen: colon, endometrial, gástrico, ovario, uréter/renal pelvis, tracto biliar, intestino delgado, páncreas, cerebro, y adenomas sebáceos

Evaluación del Riesgo de Cáncer y Asesoramiento

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
 Firma del Proveedor Médico: _____ Fecha: _____

Solamente para el uso de la oficina:

Cita de seguimiento previsto: SI NO Fecha de la Cita: _____

Paciente fue ofrecido exámenes de cáncer hereditario:

SI

NO

ACEPTADO

DECLINADO

Autorización para Divulgar la Información Protegida de la Salud

Reconozco que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de esta práctica médica. Además, reconozco que obtendré una copia de cualquier modificación a la Nota de Prácticas de Privacidad en cada cita.

Yo, _____, doy permisión a Paradigm Hormones para dar información a los individuales escritos debajo de esta declaración sobre mi atención médica. Esta información puede incluir resultados del laboratorio, medicaciones que estoy tomando, tiempos de las citas, cambio de cita, reportes sobre yo hecho por el médico o enfermera, y cualquier otro tipo de información que esta oficina tiene sobre yo.

_____ Relación _____

_____ Relación _____

_____ Relación _____

_____ Relación _____

_____ Relación _____

Firma del Paciente

Fecha

OPORTUNIDAD AL OBJETO

Yo, _____, no quiero ningún tipo de información dado a cualquier persona sino yo con respecto a mi estado de salud o otros tipo de información sobre el paciente.

Firma del Paciente

Fecha