

Nombre:_____

Fecha:_____

Número de teléfono:_____

Correo electrónico:_____

Fecha de Nacimiento:_____

Altura:_____

Peso:_____

Domicilio:_____

Alergias, si las hay:

Suplementos y medicamentos que toma actualmente, y sus dosis:_____

Antecedentes quirúrgicos, si los hay:

¿Cuántos gramos de proteína consumes al día?:

Revisión de síntomas: Por favor, marca los síntomas que estás experimentando	No aplicable	Moderado	Severo
Agotamiento físico (fatiga, falta de energía, resistencia o motivación)	☐	☐	☐
Problemas para dormir (dificultad para conciliar el sueño o para dormir toda la noche)	☐	☐	☐
Irritabilidad (cambios de humor, sensación de agresividad, se enoja con facilidad)	☐	☐	☐
Ansiedad (sentirse abrumado, con pánico o nervioso)	☐	☐	☐
Disminución de la motivación (pérdida del “entusiasmo por la vida”, sentirse deprimido o triste)	☐	☐	☐
Síntomas articulares y musculares (dolor articular, debilidad muscular, mala recuperación después del ejercicio)	☐	☐	☐
Dificultades con la memoria (concentración, encontrar la palabra adecuada o retener información)	☐	☐	☐
Deseo o rendimiento sexual (reducido o disminuido)	☐	☐	☐
Cambios en la función eréctil (erecciones más débiles, pérdida de las erecciones matutinas)	☐	☐	☐
Sudoración (sudores nocturnos o aumento de los episodios de sudoración)	☐	☐	☐
Eyaculaciones (pocas o ausentes)	☐	☐	☐
Pérdida de cabello, adelgazamiento o cambio en la textura del cabello	☐	☐	☐
Sentir frío todo el tiempo, tener las manos o los pies fríos	☐	☐	☐
Dolores de cabeza o migrañas (aumento en la frecuencia o la intensidad)	☐	☐	☐
Problemas de la vejiga (dificultad para orinar, aumento de la necesidad de orinar, incontinencia)	☐	☐	☐
Peso (dificultad para bajar de peso a pesar de la dieta y el ejercicio)	☐	☐	☐

Patient Questions

Fecha de la última colonoscopia (¿fue normal o anormal?):

¿Estás tomando un inhibidor de la 5-alfa-reductasa? ☐ Si ☐ No¿Estás tomando algún inhibidor de la PDE-5 (Cialis, Viagra, etc.)? ☐ Si ☐ No¿Estás tomando algún otro medicamento para aumentar los niveles de testosterona (Clomid, HCG, etc.)? ☐ Si ☐ No

Fecha del último examen físico (¿fue normal o anormal?):

¿Estás acudiendo actualmente a un urólogo? ☐ Si ☐ No

Si respondiste que sí, indica por qué y si te han dado el visto bueno para comenzar la terapia de reemplazo hormonal:

¿Estás tomando terapia de reemplazo hormonal biológico (BHRT) o terapia de reemplazo hormonal (HRT) en este momento? ☐ Si ☐ No

Si respondiste que sí, ¿qué tipo de hormonas y cuál es la dosis? O bien, ¿qué hormonas?

Preguntas de los Pacientes	Si	No
¿Fumas?	☐	☐
¿Está tomando nitratos orales en este momento?	☐	☐
¿Estás tomando estatinas?	☐	☐

Historial Médico:

Fertilidad: ☐ Desea mantener su fertilidad ☐ No necesito mantener mi fertilidad (mi familia ya está completa)		
Enfermedades Cardiovasculares: ☐ Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular (en los últimos 6 meses) ☐ TVP o coágulo sanguíneo (en los últimos 6 meses) ☐ Taquicardia ☐ Hiperlipidemia ☐ Apnea obstructiva del sueño ☐ El paciente toma medicamentos anticoagulantes ☐ Fibrilación Auricular ☐ Hipertensión		
Cancer: ☐ Cáncer de Mama ☐ Cáncer de próstata activo o antecedentes de cáncer de próstata ☐ Otros tipos de cáncer, excepto el carcinoma basocelular ☐ Policitemia Vera (PV) ☐ Cáncer de tiroides o antecedentes de cáncer de tiroides ☐ Meningioma		
Trastornos Neurológicos: ☐ Epilepsia o Trastorno Convulsivo ☐ Depresión/Ansiedad		
Endocrino y Metabólico: ☐ Hipertiroidismo ☐ Hipotiroidismo ☐ Diabetes tipo 2 o resistencia a la insulina ☐ Neoplasia endocrina múltiple tipo 2		
Enfermedades autoinmunes: ☐ Diabetes Tipo 1 ☐ Esclerosis Múltiple ☐ SII (Síndrome del Intestino Irritable) ☐ Tiroiditis de Hashimoto ☐ Lupus Sistémico (Eritematoso) ☐ Enfermedad de Graves ☐ Psoriasis ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Colitis Ulcerosa ☐ Artritis Reumatoide ☐ ANA positivo		
Afecciones específicas de órganos: ☐ Enfermedad hepática o antecedentes de enfermedad hepática ☐ LAM (linfangioleiomiomatosis) ☐ Osteoporosis u osteopenia ☐ Hepatitis ☐ VIH ☐ Agrandamiento de la próstata (HPB) ☐ Hemocromatosis ☐ Pancreatitis o antecedentes de pancreatitis ☐ Enfermedad renal o antecedentes de enfermedad renal ☐ Antecedentes de enfermedad de la vesícula biliar		

Hay algo más que te gustaría comentar con tu proveedor?:
