



HISTORIA CLÍNICA

He leído y acepto la [Protección de datos personales](#)

Nombre y apellidos: _____ Fecha actual : ____ / ____ / ____

País: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Edad: _____ Profesión: _____ Estado civil: _____

➤ **PROBLEMA ACTUAL:** _____ ¿Desde cuando? _____

¿Lo atribuye a algo? _____

➤ DISFUNCIÓN ERECTIL:

• % de rigidez en el mejor de los casos: _____%

• Tiempo de permanencia: poco suficiente mucho

• Erecciones espontáneas: *Matinales: SI / NO / %: _____

*Nocturnas: SI / NO / %: _____

➤ EYACULACIÓN PRECOZ:

• Tiempo de evolución: _____ Precoital Coital

➤ ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

1. Hipertenso Normal Hipotenso → Tratamiento: _____

2. Hipercolesterolemia → Tratamiento: _____

3. Hipertrigliceridemia → Tratamiento: _____

4. Hiperuricemia → Tratamiento: _____

5. Diabetes "ID" → Tratamiento: _____

6. Cardiopatías → Tratamiento: _____

7. Prostatismo: → Tratamiento: _____

8. Varices: | Hemorroides: → Tratamiento: _____

9. Alergias medicamentosas u otras: _____

➤ INTERVENCIONES QUIRURGICAS: SI / NO

Cuales? _____

➤ HABITOS:

Tabaco: SI NO Cantidad _____ / día | Alcohol: SI / NO Cantidad _____ / día

➤ ESTRÉS:

Laboral Familiar Cocaína Cannabis Marihuana

➤ PROBLEMAS EN EL PENE:

Inclinación Fibrosis Placa Peronye Fimosis Frenillo

Infecciones de transmisión sexual: _____