



# HISTORIA CLÍNICA

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 QUIRÚRGICAS:** 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: \_\_\_\_\_