

<b>Nombre:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ _____, FL _____	<b>Locación:</b> _____ <b>Fecha de Vasectomía:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____
<b>Teléfonos:</b> Casa: (____) ____--____ Cell: (____) ____--____  <b>Preferido:</b> Casa Cell  <b>E-mail:</b> _____	<b>Estado Civil:</b> _____ <b>Nombre de su pareja:</b> _____ <b>Está ella al tanto:</b> Marque: SI NO <b>Podemos contactarle:</b> Marque: SI NO <b>Edad de su pareja:</b> _____ <b>Cuanto tiempo lleva con su pareja:</b> _____ <b>Cuantos hijos tiene con su pareja:</b> _____ <b>Cuantos hijos tiene en total:</b> _____ <b>Cuantos hijos ha tenido su pareja:</b> _____ <b>Edad de su hijo menor:</b> _____ <b>Fueron todos los embarazos planeados:</b> Marque: SI NO <b>Esta su pareja embarazada:</b> Marque: SI NO <b>Método anticonceptivo usado en los últimos meses:</b> _____
<b>Empleador:</b> _____ <b>Ocupación:</b> _____  Actividad: Pesada Moderada Liviana	
<b>Médico General</b> <b>PCP:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ _____, FL, _____ <b>Podemos Contactarle:</b> Marque: SI NO	<b>Es alérgico a algún medicamento?</b> SI NO <b>Alérgico a:</b> _____, _____, _____ <b>Toma algunas medicinas regularmente?</b> SI NO <b>Meds:</b> _____ Para _____ _____ Para _____ _____ Para _____
<b>Médico Ginecólogo de su pareja</b> <b>GYN:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ _____, FL, _____ <b>Podemos Contactarle:</b> Marque: SI NO	<b>Ha tenido alguna de las siguientes?</b> SI NO <b>En tal caso, marque la palabra subrayada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hernia cuando era <u>niño</u> o bebe</li> <li>▪ Hernia como <u>adulto</u></li> <li>▪ Cirugía cuando era niño por un <u>testículo atrapado</u></li> <li>▪ Cirugía por <u>torsión</u> de un testículo</li> <li>▪ Le han <u>removido</u> un testículo</li> <li>▪ Ha tenido una <u>vasectomía</u> o <u>reversión</u> de la misma</li> <li>▪ Algún otro tipo de Cirugía escrotal</li> </ul>
<b>Quien lo refirió:</b> _____  <b>Algún otros medios:</b> _____ _____ _____	<b>Ha tenido alguna otra cirugía?</b> SI NO <b>Cuales:</b> _____ <b>Ha tenido alguno de estos problemas?</b> SI NO <b>En tal caso, marque la palabra subrayada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Sangrado</u>, u otros problemas de circulación</li> <li>• Dificultad teniendo, o manteniendo <u>erecciones</u></li> <li>• Dificultad para alcanzar el <u>climax</u></li> <li>• Eyaculación prematura</li> <li>• Tendencia a marearse o desmayarse</li> <li>• <u>Herpes</u></li> <li>• <u>Condilomas venéreos</u></li> <li>• <u>Venas varices escrotales</u></li> <li>• <u>Epididimitis</u></li> <li>• <u>VIH</u></li> </ul>
Esta información es correcta. Yo autorizo que mi información médica sea compartida con mi compañía de seguro en caso que yo estuviese buscando compensación de su parte. Yo pido que el pago de beneficios sea hecho a mi nombre. Entiendo y acepto que soy responsable por cualquier y todos los cargos de los servicios que me fueron ofrecidos. También entiendo y acepto que soy responsable por los cargos que sean necesarios en caso que la cuenta deba ser enviada al departamento de cobro.	
<b>Firma:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____	