



THE UROLOGY GROUP

www.urologygroupvirginia.com

19415 Deerfield Avenue • Suite 112 • Lansdowne, VA 20176 • 703-724-1195
1860 Town Center Drive • Suites 150 & 160 • Reston, VA 20190 • 703-480-0220
224-D Cornwall Street, N.W. • Suite 400 • Leesburg, VA 20176 • 703-443-6733
24430 Stone Springs Blvd • Suite 100B • Dulles, VA 20166 • 703-957-1022
1801 Robert Fulton Dr • Suite 510 • Reston, VA 20191 • 703-783-5355

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Evaluación Eréctil

Historia de salud sexual

Cuanto tiempo a tenido este problema? _____ A recibido tratamiento para esto? _____
A tenido erección normal? _____ Cuando fue la última? _____ La erección fue adecuada
para sexo? _____ Erecciones de noche o día? _____ Tiene libido (deseo sexual)? _____
Orgasmo normal? _____ Eyaculación normal? _____ El pene tiene curvatura?
(Enfermedad de Peyronie) _____

Historia de relación

¿Recién estrés? (divorcio, pérdida de trabajo, nueva relación)? _____
tiene pareja o marido/esposa _____ Problemas en la relación? _____

Historia medica

¿Tiene presión de sangre alta? _____ medicamento para la presión alta de sangre? _____
Diabetes? _____ Usa insulina? _____ Tiene el colesterol alto? _____
Usa medicamento para el colesterol? _____ Algún doctor a dicho que pierda peso? _____
Tiene dolor en las pantorrillas cuando camina? _____ Infarto de miocardio? _____
arteriopatía coronaria? _____ Cirugía de bypass? _____ accidente
cerebrovascular? _____ enfermedad de la arteria carótida? _____
Operación vascular? _____ Problemas neurológicos? _____

Historia De Cirugía

¿Operación de la próstata (que operación y la fecha)? _____
¿Operación de la vejiga (que operación y la fecha)? _____
¿Operación del Colon/recto (que operación y la fecha)? _____
¿Operación de alguna parte del área pélvica (que operación y la fecha)? _____

Historia Social

¿Historia de fumar? ___ Cuantos paquetes al día? ___ Cuantos años fumo? ___ Todavía Fuma? ___ cuando paro de fumar? ___ Uso de alcohol? ___ ¿Uso de drogas (Marijuana, esteroides, etc)? ___ prescripción de medicamento para dolor crónico? _____

Medicamento

Toma diurético tiazídico (ex. HCTZ)? _____ Bloqueadores beta (ex. ¿Metoprolol)? _____ (excepciones nebivolo)

Written by: Jennifer L. Young MD, The Urology Group. Copyright 2013. Do not duplicate without permission.

Reference: Montague DK, Jarow JP, Broderick GA, et al. Erectile Dysfunction. American Urological Association Clinical Guideline 2005, reviewed and confirmed 2011. ©2005 American Urological Association, Education and Research Inc., Linthicum, MD. <http://www.auanet.org/content/clinical-practice-guidelines/clinical-guidelines.cfm?sub=ed>