

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

EVALUACIÓN DE SALUD DEL HOMBRE

¿Cuál de los síntomas a continuación aplican para usted en este momento (en las últimas 2 semanas)? Marque el casillero correspondiente para cada síntoma. Para los síntomas que no aplican en este momento o ya no aplican, marque "ausente".

Síntomas	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Muy intenso (4)
Sudoración (sudores nocturnos o sudoración excesiva)	<input type="checkbox"/>				
Problemas de sueño (tiene dificultad para conciliar el sueño, duerme muchas horas en la noche o se despierta muy temprano)	<input type="checkbox"/>				
Mayor necesidad de dormir o dormirse con facilidad después de una comida	<input type="checkbox"/>				
Estado de ánimo depresivo (se siente decaído, triste, sin motivación)	<input type="checkbox"/>				
Irritabilidad (cambios de humor, sensación de agresividad, se enoja con facilidad)	<input type="checkbox"/>				
Ansiedad (inquietud interna, sensación de pánico, de nervios, tensión interna)	<input type="checkbox"/>				
Cansancio físico (descenso general en la fuerza muscular o resistencia, descenso en el desempeño laboral, fatiga, falta de energía, resistencia o motivación)	<input type="checkbox"/>				
Problemas sexuales (cambio en el deseo o el rendimiento sexual)	<input type="checkbox"/>				
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, mayor necesidad de orinar)	<input type="checkbox"/>				
Cambios en la erección (erecciones más débiles, pérdida de las erecciones matutinas)	<input type="checkbox"/>				
Síntomas en las articulaciones y los músculos (dolor o inflamación de las articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después del ejercicio)	<input type="checkbox"/>				
Dificultades con la memoria	<input type="checkbox"/>				
Problemas para pensar, concentrarse o razonar	<input type="checkbox"/>				
Dificultad para aprender algo nuevo	<input type="checkbox"/>				
Problemas para pensar en la palabra correcta para describir personas, lugares o cosas al hablar	<input type="checkbox"/>				
Aumento en la frecuencia o intensidad de los dolores de cabeza o las migrañas	<input type="checkbox"/>				
Pérdida rápida del cabello o cabello quebradizo	<input type="checkbox"/>				
Frío constante o manos o pies fríos	<input type="checkbox"/>				
Aumento de peso, más grasa abdominal o dificultad para perderlo a pesar de hacer dieta y ejercicio	<input type="checkbox"/>				
Eyaculaciones ausentes o poco frecuentes	<input type="checkbox"/>				
Puntuación total					

Puntuación de intensidad: Leve: 1-20/Moderado: 21-40/Intenso: 41-60/Muy intenso: 61-80