



BHRT Lista de Control Masculino

Nombre: _____

Fecha: _____

E-Mail: _____

Sintomas *(Porfavor marcar)*

	Nunca	Leve	Moderado	Severo
Disminucion en el bienestar general				
Dolor muscular y de articulaciones				
Sudoracion excesiva				
Problemas para dormir				
Necesidad de dormir mas				
Irritabilidad				
Nerviosismo				
Ansiedad				
Estado de ánimo depresivo				
Agotamiento/carece de vitalidad				
Disminucion de habilidad mental/Concentracion				
Sentimiento de que ya paso su etapa				
Se siente agotado/que toco fondo				
Disminucion de fuerza muscular				
Aumento de peso/grasa de vientre/no puede bajar de peso				
Desarrollo de pechos				
Encongimiento de Testiculos				
Perdida de cabello				
Disminucion de crecimiento de barba				
Nuevos dolores de migraña				
Disminucion de deseo				
Disminucion de ereccion matutina				
Disminucion de capacidad para hacer sexo				
Eyaculaciones infrecuentes o ausentes				
No ha tenido resultados con medicamentos				

Historia Familiar

	No	Sí
Enfermedad del cardiac		
Diabetes		
Osteoporosis		
La enfermedad de Alzheimer		