

INVENTARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para cada pregunta, seleccione el número que mejor describa sus síntomas durante el último mes. Las preguntas están diseñadas para evaluar la gravedad de cualquier síntoma que pueda estar experimentando.

Durante los últimos 6 meses	0	1	2	3	4	5
1. ¿Cómo califica su confianza en que podría lograr una erección?		Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
2. Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente firmes para la penetración?	Sin actividad sexual	Casi nunca o nunca	Unas pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia pudo mantener su erección después de haber penetrado (entrado) a su pareja?	No lo intentó	Casi nunca o nunca	Unas pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
4. Durante el acto sexual, ¿qué tan difícil le resultó mantener su erección hasta completar la relación sexual?	No lo intentó	Casi nunca o nunca	Unas pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
5. Cuando intentó tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia fueron satisfactorias para usted?	No lo intentó	Casi nunca o nunca	Unas pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
Impacto – Escala de Impacto de la Disfunción Eréctil						
1. Si tuviera que pasar el resto de su vida con su condición eréctil tal como está ahora, ¿cómo se sentiría usted y/o su pareja al respecto?	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Mixto, aproximadamente igualmente satisfecho e insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	

Total: _____