

Patient Name: _____ Date: _____
 Date of Birth: _____ Age: _____

Please complete this form which asks about important inherited conditions in the family that could affect the patient.

	MOM	MATERNAL GRANDMOTHER	MATERNAL GRANDFATHER	MATERNAL AUNT	MATERNAL UNCLE	DAD	PATERNAL GRANDFATHER	PATERNAL GRANDMOTHER	PATERNAL AUNT	PATERNAL UNCLE	BROTHER	SISTER	COUSIN
Seizure Disorder or Epilepsy													
Developmental delays													
Birth defects													
Migraine headaches													
High blood pressure													
High cholesterol													
Heart attack at less than age 60													
Stroke at less than age 60													
Unexplained death at less than age 35													
Lung disease													
Asthma													
Allergies													
Eczema													
Tuberculosis													
Liver Disease													
Intestinal disease													
Kidney disease													
Arthritis													
Diabetes													
Thyroid disease													
Obesity													
Eating disorder													
Cancer (specify type)													
Blood disorders or sickle cell anemia													
Depression													
Anxiety													
Bipolar Disorder													
ADHD													
Autism or Asperger's													
Alcoholism													
Drug problems													
Other													

CONFIDENTIAL

NOMBRE _____ FECHA _____
 Primer Inicial Apellido

FECHA DE NACIMIENTO / / EDAD _____

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

HISTORIA FAMILIAR

Esta forma tiene preguntas sobre condiciones hereditarias que pudieran afectar al paciente. Al contestar porfavor incluya informacion de los padres, abuelos, tios(as), primos y hermanos (as) del paciente. Para todas las respuestas SI, favor de comentar quien tiene la condicion y que otras cosas especificas pueden ser importantes

Alguno de sus parientes de sangre tienen lo siguiente:

	SI	No	Comentario
Convulsiones o Epilepsia			
Desarrollamiento atrasado o defectos de nacimiento			
Migrañas			
Alta presión			
Cholesterol alto			
Ataques de Corazon (edad menos de 60 años)			
Embolia o derrames cerebrales (edad menos de 60 años)			
Muerte repentina e inexplicada a menos de 35 años de edad			
Asma o enfermedad de los pulmones			
Tuberculosis			
Enfermedad del hígado			
Enfermedad intestinal			
Enfermedad de los riñones			
Artritis			
Diabetes			
Enfermedad de la glándula tiroides			
Sobrepeso o desorden de alimentación			
Cancer			(Incluya tipos de cancer)
Enfermedades en la sangre o anemia			
Depresión			
Desorden bipolar			
Problemas de aprendizaje e hiperactividad (ADHD)			
Autismo o enfermedad Asperger's			
Alcoholismo o adicción a las drogas			