



Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

Direction of Feed

# Historial Familiar / Personal

Favor de contestar todas las preguntas.

To reproduce, follow the printing instructions. Do not fold this form.

## Su Historial médico del pasado

Por favor, indique si **USTED** tiene un historial de los siguientes:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Abuso de alcohol                   | <input type="radio"/> Diabetes                               | <input type="radio"/> Enfermedad mental   |
| <input type="radio"/> Anemia                             | <input type="radio"/> Trastornos de crecimiento / desarrollo | <input type="radio"/> Migrañas  |
| <input type="radio"/> Complicaciones anésteicas          | <input type="radio"/> Ataque del corazón                     | <input type="radio"/> Osteoporosis  |
| <input type="radio"/> Trastorno de ansiedad              | <input type="radio"/> Enfermedad del corazón                 | <input type="radio"/> Cáncer de la próstata   |
| <input type="radio"/> Artritis                           | <input type="radio"/> Dolor del corazón / angina             | <input type="radio"/> Cáncer rectal   |
| <input type="radio"/> Asma                               | <input type="radio"/> Hepatitis A                            | <input type="radio"/> Reflujo / ERGE  |
| <input type="radio"/> Problemas autoinmunes              | <input type="radio"/> Hepatitis B                            | <input type="radio"/> Ataques / Convulsiones  |
| <input type="radio"/> Defectos de nacimiento             | <input type="radio"/> Hepatitis C                            | <input type="radio"/> Alergias severas  |
| <input type="radio"/> Problemas de la vejiga             | <input type="radio"/> Presión arterial alta                  | <input type="radio"/> Enfermedad transmitida sexualmente                            |
| <input type="radio"/> Enfermedades sanguíneas            | <input type="radio"/> Colesterol alto                        | <input type="radio"/> Cáncer de piel  |
| <input type="radio"/> Coágulos de sangre                 | <input type="radio"/> VIH                                    | <input type="radio"/> Embolia   |
| <input type="radio"/> Transfusión de sangre              | <input type="radio"/> Urticaria                              | <input type="radio"/> Intento de suicidio   |
| <input type="radio"/> Enfermedad inflamatoria intestinal | <input type="radio"/> Enfermedad renal                       | <input type="radio"/> Problemas de las tiroides                                     |
| <input type="radio"/> Cáncer de mama                     | <input type="radio"/> Cáncer del hígado                      | <input type="radio"/> Ulcera  |
| <input type="radio"/> Cáncer de cuello uterino           | <input type="radio"/> Enfermedades del hígado                | <input type="radio"/> Otra enfermedad, cáncer o enfermedades médicas significativas |
| <input type="radio"/> Cáncer de colon                    | <input type="radio"/> Cáncer de pulmón                       | <input type="radio"/> Ninguna de las anteriores                                     |
| <input type="radio"/> Depresión                          | <input type="radio"/> Pulmón / enfermedades respiratorias    |   |

## Historia médica de familia

Historia de familiar desconocida

NINGUNA HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA SIGNIFICATIVA

Por favor, indique qué miembros de su familia han tenido estas enfermedades:

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Abuso de alcohol	<input type="radio"/>					
Anemia	<input type="radio"/>					
Complicaciones anésteicas	<input type="radio"/>					
Artritis	<input type="radio"/>					
Asma	<input type="radio"/>					
Problemas de la vejiga	<input type="radio"/>					
Enfermedades sanguíneas	<input type="radio"/>					
Cáncer de mama	<input type="radio"/>					
Cáncer de colon	<input type="radio"/>					
Depresión	<input type="radio"/>					
Diabetes	<input type="radio"/>					
Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>					
Presión arterial alta	<input type="radio"/>					
Colesterol alto	<input type="radio"/>					
Enfermedad renal	<input type="radio"/>					
Pulmón / enfermedades respiratorias	<input type="radio"/>					
Migrañas	<input type="radio"/>					
Osteoporosis	<input type="radio"/>					
Cáncer rectal	<input type="radio"/>					
Ataques / Convulsiones	<input type="radio"/>					
Alergias severas	<input type="radio"/>					
Embolia	<input type="radio"/>					
Problemas de las tiroides	<input type="radio"/>					
Otros tipos de cáncer	<input type="radio"/>					

- Madre, abuela o hermana desarrollaron enfermedad cardiaca antes de la edad de 65 años.  
 Padre, abuelo o hermano desarrollaron enfermedad cardiaca antes de la edad de 55 años.

