

Historia de Familia - Auto Proporcionado (el formulario largo)

Clínica Genética y Defectos de Nacimiento
 Centro de Desarrollo y Rehabilitación del Niño (CDRC)
 Universidad de Ciencia y Salud de Oregon (OHSU)

Póngala el rótulo aquí.
 Attach the patient label here.

Este formulario nos ayudará de conocer a la historia de su familia y prepararnos para su visita genética. Le agradecemos que usted toma el tiempo para llenarlo.

Haga una marca si cualquier de los miembros de su familia tiene los siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> la misma condición como el/la paciente que vamos a ver | <input type="checkbox"/> otras condiciones que se muestran en la familia |
| <input type="checkbox"/> retraso mental o retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> defectos de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> dos o más abortos | <input type="checkbox"/> un bebé que murió |

Por favor de contarnos más sobre estos parientes cuando se aparecen en el formulario.

Niños de la\del Paciente (omita si la\el paciente no tiene niños)

Primer Nombre de los Niños	Sexo M/F	Edad	Viva Sí/No	Problemas Medicales o del Aprendizaje	Primer Nombre de la Madre	Primer Nombre del Padre

Hermanos del/de la Paciente

Primer Nombre	Sexo M/F	Edad	Viva Sí/No	# de Niños Niños Niñas	Problemas Medicales o del Aprendizaje	Nombre de la Madre	Nombre del Padre

Si hay problemas con la salud o del aprendizaje de los sobrinos de la\del paciente, por favor de anotarlos. _____

Historia de la Familia de la Madre

Primer Nombre de la Madre	Edad	Viva Sí/No	Edad de Muerte	# de Ninos Niños/Niñas		Problemas Medicales o del Aprendizaje

Hermanos de la Madre (tios del/de la paciente)

Primer Nombre	Sexo M/F	Edad	Viva Sí/No	# de Ninos Niños/Niñas		Problemas Medicales o del Aprendizaje	Primer Nombre de la Madre	Primer Nombre del Padre

Si hay problemas con la salud o el aprendizaje de los niños de los tíos (primos del\de la paciente), por favor de anotarlos. _____

Padres de la Madre (abuelos maternos de la\del paciente)

Primer Nombre de la Madre	Edad	Viva Sí/No	Edad de Muerte	# de Ninos Niños/Niñas		Problemas Medicales o del Aprendizaje

--	--	--	--	--	--	--

Historia de la Familia del Padre

Primer Nombre del Padre	Edad	Viva Sí/No	Edad de Muerte	# de Ninos Niños/Niñas		Problemas Medicales o del Aprendizaje

Hermanos de la Padre (tios del/de la paciente)

Primer Nombre	Sexo M/F	Edad	Viva Sí/No	# de Ninos Niños/Niñas		Problemas Medicales o del Aprendizaje	Primer Nombre de la Madre	Primer Nombre del Padre

Si hay problemas con la salud o con el aprendizaje con los niños de los hermanos (primos del/de la paciente), por favor de anotar. _____

Padres del Padre (abuelos paternos de la\del paciente)

Primer Nombre de la Madre	Edad	Viva Sí/No	Edad de Muerte	# de Ninos Niños/Niñas		Problemas Medicales o del Aprendizaje

