

Formulario completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR NOMBRE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tiene otros hermanos? Si es si, escriba sus nombres, edades y lugar donde viven. \_\_\_\_\_

Los padres son: [SOLTEROS] [CASADOS] [DIVORCIADOS] Desde: \_\_\_\_\_ Re-Casado desde: \_\_\_\_\_

(Solo si papa o mama no viven juntos) Quien tiene la custodia del niño(s)? \_\_\_\_\_

Si papa o mama no viven en casa que tan frecuenté se ven con el paciente? \_\_\_\_\_

**Por favor anote los familiares que tengan o han tenido las siguientes enfermedades.**

	Si o No	Quien? (Materno o Paterno?)	Vivo o Fallecido (Cuando?)
Diabetes antes de 50			
Presión alta			
Asthma			
Problemas del corazon			
Cancer			
Anemia falciforme			
Derrame Cerebral			
Ataque al Corazon antes de los 50			
Colesterol Alto			
Tuberculosis			
Anemia			
Trastorno de Sangre			
Enfermedad del higado			
Enfermedad del riñón			
Sordera			
Moja la cama despues de los 10 años			
Epilepsia o Convulsiones			
Alcoholismo			
Abuso de drogas			
Enfermedad mental			
Retraso mental			
Problemas inmunológicos, VIH o SIDA			
Otro:			