

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 tome el tiempo para llenarlo.

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

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

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

Niños de la/el Paciente (omite si la/el paciente no tiene niños)

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

Hermanos de la/el Paciente

Primer Nombre	Sexo M/F	Edad	Viva Sí/No	# de Niños Niños Niñas	Problemas Médicos 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 ladel paciente)

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

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

****Por favor de incluir información sobre cualquier otro miembro de la familia (si usted no tenía espacio suficiente para escribir) o si hay otros miembros de la familia con defectos de nacimiento, condiciones genéticas, o otras cosas de que usted se preocupe.**

Primer Nombre	Parentesco con el/la Paciente	Sexo M/F	Edad	Viva Sí/No	Problemas Médicos o del Aprendizaje	Primer Nombre de la Madre	Primer Nombre del Padre

