

Historia Familiar

Alguno de sus padres Niños, abuelos, tías, tíos, hermanos o hermanas tuvieron:

1. Sangrado de una lesión pequeña? NO SÍ
2. Anemia de células falciformes? NO SÍ
3. Diabetes? NO SÍ
4. Asma? NO SÍ
5. El eccema, fiebre del heno y otras alergias? NO SÍ
6. Problemas mentales (depresión nerviosa)? NO SÍ
7. Ataques (convulsiones, epilepsia)? NO SÍ
8. Alguien ha tenido tuberculosis sabes? NO SÍ
9. Algun de sus hijos murieron o murió uno de los padres? NO SÍ
10. Hay alguien que vive en el hogar tiene una enfermedad grave? NO SÍ
11. La madre del paciente ha tenido algun aborto involuntario o mortinatos? NO SÍ
12. Historia de un ataque al corazón o problemas de colesterol antes de los 50 años? NO SÍ
13. Nombre de todas las personas que viven en el hogar con la edad, parentesco y estado de salud

Nombre	Edad	Relationship	Salud
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Por qué traer a su hijo a la oficina? (Queja principal)