



Todo por nuestros niños.

Muchas gracias por tomarse el tiempo de proporcionar esta información para la evaluación genética de este paciente. Dado que el historial familiar es importante para la atención médica general de cada persona, sugerimos que guarde una copia para sus archivos.

PADRES BIOLÓGICOS DEL PACIENTE

	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	¿Vive?		Problemas de salud/de desarrollo o causa de muerte	Nivel educativo
				Sí	No		
Madre				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Padre				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

En la actualidad los padres del paciente están: juntos casados divorciados separados

¿Los padres del paciente están relacionados por sangre; por ejemplo, son primos hermanos o primos segundos? No Sí

¿Alguno de los dos padres biológicos piensa tener más hijos? No Sí

HERMANOS DEL PACIENTE

Nombre	Sexo (M/F)		Edad	¿Vive?		Misma madre y mismo padre (B) Misma madre y diferente padre (M) Mismo padre y diferente madre (F)	Problemas de salud/ de desarrollo o causa de muerte
	M	F		Sí	No		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

HIJOS DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

Nombre	Sexo (M/F)		Edad	¿Vive?		Problemas de salud/de desarrollo o causa de muerte
	M	F		Sí	No	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LADO DE LA FAMILIA DE LA MADRE DEL PACIENTE

HERMANOS DE LA MADRE DEL PACIENTE (es decir, las tías y los tíos maternos del paciente)

Nombre	Sexo (M/F)		Edad	¿Vive?		Misma madre y mismo padre (B) Misma madre y diferente padre (M) Mismo padre y diferente madre (F)	Problemas de salud/de desarrollo o causa de muerte	¿Cuántos hijos tiene esta persona? (número de niños/niñas)
	M	F		Sí	No			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		



PADRES DE LA MADRE DEL PACIENTE (es decir, los abuelos maternos del paciente)

	Nombre	Edad	¿Vive?		Problemas de salud/de desarrollo o causa de muerte
			Sí	No	
Abuela			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abuelo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LADO DE LA FAMILIA DEL PADRE DEL PACIENTE

HERMANOS DEL PADRE DEL PACIENTE (es decir, las tías y los tíos paternos del paciente)

Nombre	Sexo (M/F)		Edad	¿Vive?		Misma madre y mismo padre (B) Misma madre y diferente padre (M) Mismo padre y diferente madre (F)	Problemas de salud/de desarrollo o causa de muerte	¿Cuántos hijos tiene esta persona? (número de niños/niñas)
	M	F		Sí	No			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

PADRES DEL PADRE DEL PACIENTE (es decir, los abuelos paternos del paciente)

	Nombre	Edad	¿Vive?		Problemas de salud/de desarrollo o causa de muerte
			Sí	No	
Abuela			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abuelo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OTROS PARIENTES (con problemas médicos, de desarrollo, genéticos, etc.)

Nombre	Relación con el paciente	Sexo (M/F)		Edad	¿Vive?		Problemas de salud/de desarrollo o causa de muerte
		M	F		Sí	No	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Por favor, marque cualquiera de las siguientes situaciones que podrían suceder en su familia:	¿Quién? (Relación del pariente con el paciente; por ej., primo del paciente)	Comentarios
<input type="checkbox"/>	Tres o más abortos espontáneos, problemas de infertilidad		
<input type="checkbox"/>	Muerte fetal		
<input type="checkbox"/>	Defectos congénitos que requieren cirugía (por ej., labio leporino/paladar hendido, defectos congénitos, espina bífida, defectos en las extremidades)		
<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones		
<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje o de desarrollo		
<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición o de visión en la niñez		
<input type="checkbox"/>	Problemas o trastornos metabólicos		
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down u otros trastornos de cromosomas		
<input type="checkbox"/>	Autismo u otros trastornos del espectro autista		
<input type="checkbox"/>	Trastornos significativos de riñón/vejiga/genitales		
<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos significativos (derrame cerebral, muerte súbita)		
<input type="checkbox"/>	Problemas significativos de la piel (por ej., número de marcas o coloración inusual de estas, etc.)		
<input type="checkbox"/>	Problemas de sangre significativos (hemofilia, anemia de células falciformes)		
<input type="checkbox"/>	Problemas del esqueleto (facilidad de fracturas de huesos, curvatura de la columna vertebral, baja estatura < 5 pies/1.52 m, estatura alta > 6 pies/1.85 m)		
<input type="checkbox"/>	Problemas psicológicos significativos (por ej., esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión)		
<input type="checkbox"/>	Cáncer (por favor especifique el tipo y la edad de diagnóstico)		
<input type="checkbox"/>	Otras condiciones genéticas conocidas (fibrosis quística, distrofia muscular)		
<input type="checkbox"/>	Otras inquietudes médicas (por favor especifique)		