

FAMILY HISTORY / Historia de la Familia

Date / Fecha _____

Patient Name / Nombre del Paciente: _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____ M
F

Completed by / Completado Por: _____ Relationship / Relacion: _____

Names / Nombres Family Member / Miembros De La Familia	Age Edad	Living Vivos	Deceased Fallecidos	Chronic Illnesses Enfermedades Cronicas
Mother / Madre:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes / Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Father / Padre:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes / Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Child / Hijo(a):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes / Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Child / Hijo(a):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes / Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Child / Hijo(a):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes / Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Child / Hijo(a):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes / Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Child / Hijo(a):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes / Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Child / Hijo(a):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes / Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Check those illnesses that are found in the patients family
 Marque las siguientes enfermedades encontradas en miembros de la familia

	YES SI	NO NO		YES SI	NO NO
Allergies/Eczema / Alergias/Ezcema			Sickle Cell Disease / Siclemia		
Immunodeficiency / Inmunodeficiencia			Diabetes / Diabetis		
Arthritis / Artritis			Liver Disease / Enfermedades Higado		
Drug Problems / Problemas con drogas			Hepatitis / Hepatitis		
SIDS / Muerte subita de Infantes			Tuberculosis / Tuberculosis		
Birth Defects / Defectos de Nacimiento			Asthma / Asma		
Mental Retardation / Retardacion Mental			High Cholesterol / Colesterol Alto		
Blindness / Ceguera			Heart Disease / Enfermedades del Corazon		
Deafness / Sordera			Blood Vessel Problems less than 55 yrs age / Problemas Venosos (menor de 55 años)		
Cystic Fibrosis / Fibrosis Quistica			High Blood Pressure / Alta Presion		
Muscular Dystrophy / Distrofia Muscular			Kidney or Bladder Problems / Problemas del Riñon/Vesicula		
Cancer / Cancer			Seizures/Convulsions / Convulsiones		
Ulcer / Ulceras			Epilepsy / Epilepsia		
Blood Diseases / Enfermedades de la Sangre			Migraine / Migraña		

Office Use Only			
UPDATES	Date _____	Event _____	Initial/Date _____
	Date _____	Event _____	Initial/Date _____
REVIEWED BY _____	M.D./D.O./P.A./ARNP		Date _____