

SPANISH

Chapel Hill Children & Adolescents' Clinic

301 Kildaire Rd, Suite 200

Chapel Hill, NC 27516

(919) 967-0771 Fax (919) 967-9207

FAMILY HISTORY

1 FORMULARIO POR FAMILIA BIOLÓGICA

Este formulario solo se completa una vez para los niños quienes comparten el mismo padre y la misma madre biológicos. Si no comparten los mismos padres biológicos, favor de completar un formulario para cada niño.

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

HERMANO(S) Y SUS FECHAS DE NACIMIENTO: _____

FOR OFFICE USE:

PATIENT NUMBER

¿El/La paciente es hijo/a adoptivo/a? Sí No

¿El/La paciente se coloca en hogar de acogida? Sí No

Si se aplica, favor de darnos el nombre y los datos del trabajador de los servicios sociales:

¿Alguien en la familia (parientes directos/consanguíneos solamente) tiene?:

(Dé el pariente y el problema médico que tiene)

¿Asma? Sí No _____

¿Tuberculosis? Sí No _____

¿Drepanocitosis? Sí No _____

¿Fibrosis quística? Sí No _____

¿Alergias ambientales? Sí No _____

¿Cáncer? Sí No _____

¿Enfermedad cardiaca (<50 años)? Sí No _____

¿Arritmia cardiaca? Sí No _____

¿Hipertensión? Sí No _____

¿Colesterol alto? Sí No _____

¿Diabetes (<50 años)? Sí No _____

¿Convulsiones o epilepsia? Sí No _____

¿Enfermedad renal? Sí No _____

¿Enfermedad hepática? Sí No _____

¿Problemas gastroenterológicos? Sí No _____

¿Depresión? Sí No _____

¿Ansiedad? Sí No _____

¿Depresión bipolar? Sí No _____

¿TDAH/ADHD? Sí No _____

¿Discapacidad intelectual? Sí No _____

¿Problemas endocrinas? Sí No _____

¿Sordera? Sí No _____

¿Anemia? Sí No _____

¿Problemas con hemorragia? Sí No _____

¿Abuso del alcohol? Sí No _____

¿Abuso de drogas? Sí No _____

¿Problemas inmunológicos/VIH/SIDA? Sí No _____

¿Muerte inexplicable? Sí No _____

¿Hay otro historial médico familiar el cual quiere que sepamos?

PARA LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO:

¿Cuántas veces en la semana pasada se ha sentido deprimido? (marque lo que se aplica)

0 1-2 3-4 5-7 días

En el último año, ¿tiene una pareja u otro miembro de familia que le ha empujado, le ha dado un puñetazo, le ha pateado, le ha golpeado o le ha amenazado con matarle? Sí No

¿Se siente seguro/a en su casa? Sí No