|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN**Division of Medicaid ServicesF-01063S (08/2017)**HISTORIA CLINICA FAMILIAR HEALTHCHECKHEALTHCHECK FAMILY HISTORY** |
| **Instrucciones:** Detalle los nombres de todos los miembros de su familia, parientes por consanguinidad, vivos o muertos, con enfermedades, incapacidades o afecciones padecidas en el presente o en el pasado. Para cada persona, marque las que correspondan. Utilice el espacio de abajo para especificar otras enfermedades, incapacidades o afecciones, o cualquier otra información relevante. |
| Nombre del Miembro       |
| Año de nacimiento del miembro de la familia o pariente por consanguinidad |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
| Enfermedad padecida en el presente o en el pasado | Padre biologico | Madre biologica |       |       |       |       |       |       |       |       |       | Cualquiera de Los abuelos oabuelas |
| AUTISMO | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ALCOHOLISMO (problemas con la bebida) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ALERGIAS O ASMA | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| DEFECTOS DE NACIMIENTO | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| CÁNCER | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| DIABETES | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| EPILEPSIA | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| INCAPACIDADES AUDITIVAS | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| DISCAPACIDAD INTELECTUAL | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ATAQUE AL CORAZÓN ANTES DE LOS 40 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| COLESTEROL ALTO | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| PRESIÓN ARTERIAL ALTA | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| DIFICULTADES DE APRENDIZAJE | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ENFERMEDADES MENTALES | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| NECESIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| PROBLEMAS DEL HABLA Y DEL LENGUAJE | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| DIFICULTADES EN LA VISIÓN | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| SI HA FALLECIDO, EDAD QUE TENÍA AL MOMENTO DE SU DECESO |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SI HA FALLECIDO, CAUSA DE LA MUERTE |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| ¿Existe en su familia alguna otra enfermedad, incapacidad o afección que le preocupe?                       |
| ¿Especifique cualquier otra información relevante?       |