**HISTORIA FAMILIAR**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Completado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si la condición está presente en la familia, marque el cuadro y escriba la relación al pariente con abreviaturas debajo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Madre | **M** |  | Padre | **P** |
| Hermana | **S** | Hermano | **B** |
| Tía materna (hermana de mamá) | **Tia M** | Tía paterna (hermana del papá) | **Tia P** |
| Tío materno (hermano de mamá) | **Tio M** | Tío paterno (hermano de papá) | **Tio P** |
| Abuela por parte de madre | **MGM** | Abuela por parte de padre | **PGM** |
| Abuelo por parte de madre | **MGF** | Abuelo por parte de padre | **PGF** |

**Solo escriba familia relacionada por sangre.**

Escriba aquí nombres de hermanos con la **MISMA** historia familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no lo sabe, marque aquí: Historial familiar materno desconocido Historial familiar paterno desconocido

Si la respuesta es "Sí", marque el cuadro y escriba qué familiar tiene la condición.

P, Tio P

X

Ejemplo: Diabetes tipo 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

****

**Si las respuestas a todas las anteriores son NO, marque aquí. **

Escriba cualquier otra condición no mencionada anteriormente o detalles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_