|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN**  Division of Medicaid Services  F-01063S (08/2017)  **HISTORIA CLINICA FAMILIAR HEALTHCHECK HEALTHCHECK 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? | | | | | | | | | | | | |