

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES PATIENT / FAMILY HISTORY – Spanish

Springfield Medical Center

Mayo Health System

INFORMACIÓN BRINDADA POR EL PACIENTE (PATIENT PROVIDED INFORMATION)

La información que usted brinde nos ayudará enormemente a ofrecerle una atención integral de la mejor calidad.
(The information you provide will greatly help us to provide the highest quality and comprehensive care for you.)

Fecha (Date) _____ Sexo (Gender) Masculino (Male) Femenino (Female)

Fecha de nacimiento (Mes/día/ año) (Date of birth) (Month/Day/year) _____

A. ANTECEDENTES MÉDICOS (PAST MEDICAL HISTORY)

1. ¿Alguna vez viajó o vivió fuera de los Estados Unidos o Canadá? (Have you ever traveled or lived outside of the United States or Canada?)

No lo sé (Do not know) No (No) Sí (Yes)

2. ¿Alguna vez recibió una transfusión sanguínea? (Have you ever received a blood transfusion?)

No lo sé (Do not know) No (No) Sí (Yes) ☞ En caso afirmativo, marque lo que corresponda:

Antes de 1980 (Before 1980)

Entre 1980 y 1990 (1980 – 1990)

Después de 1990 (After 1990)

3. ¿Alguna vez recibió las siguientes vacunas y/o tuvo la enfermedad? (Have you received the following immunizations and/or had the disease?)

Neumococo (<i>para neumonía</i>)	Pneumococcal (<i>For pneumonia</i>)	<input type="checkbox"/> No lo sé (Do not know)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)
Hepatitis B	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> No lo sé (Do not know)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)
Hepatitis A	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> No lo sé (Do not know)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)
Sarampión	Measles	<input type="checkbox"/> No lo sé (Do not know)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)
Paperas	Mumps	<input type="checkbox"/> No lo sé (Do not know)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)
Rubéola	Rubella	<input type="checkbox"/> No lo sé (Do not know)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)
Poliomielitis	Polio	<input type="checkbox"/> No lo sé (Do not know)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)
Varicela	Varicella (<i>For chicken pox</i>)	<input type="checkbox"/> No lo sé (Do not know)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)

4. Indique si alguna vez tuvo un problema médico o fue necesario operarle debido a algo de lo siguiente. Marque todo lo que corresponda. (Indicate whether you have ever had a medical problem or surgery related to each of the following. Check all that apply.)

Problema médico (Medical Problem)

Ojos (Eyes)

No (No) Sí (Yes)

Oídos (Ears)

No (No) Sí (Yes)

Nariz (Nose)

No (No) Sí (Yes)

Senos paranasales (Sinuses)

No (No) Sí (Yes)

Cirugía y año (Surgery/year)

(Label)

Patient Name _____ DOB _____ Unit No. _____

Problema médico (Medical Problem)

Cirugía y año (Surgery/year)

Amígdalas (Tonsils)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Glándula tiroides o paratiroides (Thyroid or parathyroid gland)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Problemas del corazón (Heart problems):			
Ataque cardíaco (Heart attack)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Válvulas cardíacas (Heart valves)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Ritmo cardíaco anormal (Abnormal hearth rhythm)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Estrechamiento de las arterias coronarias (Narrowed coronary arteries)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Otro (Other)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Arterias: cabeza, brazos, piernas, aorta, etc. (Arteries: head, arms, legs, aorta, etc.)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Venas o coágulos sanguíneos en las venas (Veins or blood clots in the veins)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Pulmones (Eyes)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Esófago (tubo para tragar o por donde pasa la comida) (Esophagus: food or swallowing pipe)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Estómago: úlcera (Stomach: ulcer)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Intestinos (delgado o grueso, recto) (Bowel: small or large intestine, rectum)			
Apéndice (Appendix)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Ganglios (Lymph nodes)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Bazo (Spleen)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Hígado (Liver)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Vesícula biliar (Gallbladder)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Páncreas (Pancreas)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Hernia (Hernia)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Riñones (Kidneys)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Vejiga (Bladder)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Huesos (Bones)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Articulaciones (Joints)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Músculos (Muscles)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Espalda (Back)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Cuello (Neck)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Mujeres: (Females)			
Útero (Uterus)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Ovarios (Ovaries)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Trompas de Falopio (Fallopian tubes)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Histerectomía (Hysterectomy)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Otro (Other)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Columna (Spine)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____

(Label)

Patient Name _____ DOB _____ Unit No. _____

Problema médico (Medical Problem)

			Cirugía y año (Surgery/year)
Cerebro (Brain)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Piel (Skin)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Senos (Breast)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Hombres (Males)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Próstata (Prostate)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Pene (Penis)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Testículos (Testicles)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Vasectomía (Vasectomy)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Otro (Other)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____
Nada (None)	<input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> _____

5. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado debido a otras cirugías que no se listan arriba? (Have you been hospitalized for any other surgeries listed above?)

No (No) Sí (Yes) ¿Cuál fue el problema? (What was the problem?) _____
_____ ¿Cuándo? (When?) _____

B. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES (PERSONAL AND FAMILY HISTORY)

Si sabe, llene la siguiente información sobre sus parientes consanguíneos (incluso niños). (If known, complete the following information about your blood relatives (Include children).)

6. ¿Es usted adoptado? (Are you adopted?)

No (No) Sí (Yes)

7. Su padre (Your father)

No lo sé (Do not know)

Vive (Alive)

Falleció (Deceased)

☞ Edad al fallecer: (age at death)

Menos de 30 años (under 30)

Entre 30 y 40 años (30 – 40)

Entre 41 y 50 años (41 – 50)

Entre 51 y 60 años (51 – 60)

Entre 61 y 70 años (61 – 70)

Más de 70 años (Over 70)

Causa de la muerte (Cause of death) _____

8. Su madre: (Your mother)

No lo sé (Do not know)

Vive (Alive)

Falleció (Deceased)

☞ Edad al fallecer: (age at death)

Menos de 30 años (under 30)

Entre 30 y 40 años (30 – 40)

Entre 41 y 50 años (41 – 50)

Entre 51 y 60 años (51 – 60)

Entre 61 y 70 años (61 – 70)

Más de 70 años (Over 70)

Causa de la muerte (Cause of death) _____

(Label)

Patient Name _____ DOB _____ Unit No. _____

	0	1	2	3	4	5	6	+7	No sé (Do not know)
9. Hermanos (Brothers)									
Vivos (Number alive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muertos (Number deceased)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hermanas (Sisters)									
Vivas (Number alive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muertas (Number deceased)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hijo (Sons)									
Vivos (Number alive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muertos (Number deceased)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hijas (Daughters)									
Vivas (Number alive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muertas (Number deceased)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A fin de que podamos comprender cualquier circunstancia especial de su familia, necesitamos saber si usted o algún familiar suyo ha tenido algo de lo siguiente. Por favor, marque las casillas pertinentes. Marque **todas** las enfermedades o afecciones que usted sepa que se han presentado en usted o en sus parientes consanguíneos. Marque “nada” si no está seguro.

(To help us understand any special circumstances for your family, we need to know if you or any of your family has had any of the following. Please check the appropriate boxes. Identify **all** illnesses or conditions which you know have occurred in you or your blood relatives. Indicate “None” if you are unsure.)

	Usted mismo Self	Padre Father	Madre Mother	Hermanos Brothers	Hermanas Sisters	Hijos Sons	Hijas Daughter	Abuelos Grandparents	Nada None
13. Cáncer de pulmón (Lung cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cáncer de colon y/o cáncer del recto (Colon cancer/rectal cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pólipo en el colon (Colon polyp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cáncer de mama (Breast cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cáncer de próstata (Prostate cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cáncer de ovario (Ovarian cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cáncer de páncreas (Pancreatic cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Otro tipo de cáncer (Other cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Enfermedad cardíaca (Heart disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Label)

Patient Name _____ DOB _____ Unit No. _____

	Usted mismo Self	Padre Father	Madre Mother	Hermanos Brothers	Hermanas Sisters	Hijos Sons	Hijas Daughter	Abuelos Grandparents	Nada None
24. Eccema o soriaris (Eczema/psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Migrañas (Migraine headache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Trastorno convulsivo (Seizure disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Evento cerebral transitorio/ECT (Stroke/TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Colesterol alto (High cholesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sangrado anormal (<i>trastorno de sangrado</i>) (Abnormal bleeding/ <i>bleeding disorder</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Recuento alto o bajo de leucocitos (High or low white count)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Presión arterial alta (High blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Anemia (Anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Enfermedades del hígado (Liver disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Hepatitis (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Artritis (Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Osteoporosis (Osteoporosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Abuso del alcohol (Alcohol abuse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Uso de drogas recreativas o de la calle (Recreational/street drug use)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Enfermedad(es) de transmisión sexual (Sexually transmitted disease/s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Depresión (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Otras enfermedades psiquiátricas o mentales (Other psychiatric/mental illness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Suicidio (Suicide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Tuberculosis (<i>TB</i>) (Tuberculosis <i>TB</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Complicaciones con la anestesia (Anesthesia complications)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Trastorno genético (Genetic disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Label)

Patient Name _____ DOB _____ Unit No. _____

	Usted mismo Self	Padre Father	Madre Mother	Hermanos Brothers	Hermanas Sisters	Hijos Sons	Hijas Daughter	Abuelos Grandparents	Nada None
46. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema (COPD/Emphysema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Alergias o reacciones alérgicas (<i>Especifique</i>) (Allergies/Allergic reactions/ <i>Specify</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Otro (<i>Converse con el proveedor de atención médica</i>) (Other/ <i>Discuss with care provider</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actualizaciones y/o comentarios del proveedor de atención médica (*Firma y fecha*)

Provider Updates/Comments (*Sign and Date*)

Firma de la persona que llena el formulario
(Signature of person completing form)

Relación con el paciente
(Relationship to patient)

Fecha
(Date)

Firma del proveedor de atención médica
(Signature of provider)

Revisión y/o fecha
(Reviewed/Dated)