DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES **STATE OF WISCONSIN**
Division of Health Care Financing
HCF 1063S (Rev. 11/03)

HEALTHCHECK FAMILY HISTORY (SPANISH)
HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR HEALTHCHECK

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 beneficiario

Año de nacimiento del miembro de la familia o pariente por consanguinidad												
Enfermedad padecida en el presente o en el pasado	Padre biológico	Madre biológica										Cualquiera de los abuelos o abuelas
AUTISMO												
ALCOHOLISMO (problemas con la bebida)												
ALERGIAS O ASMA												
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO												
DEFECTOS DE NACIMIENTO												
CÁNCER												
DIABETES												
EPILEPSIA												
INCAPACIDADES AUDITIVAS												
ATAQUE AL CORAZÓN ANTES DE LOS 40												
COLESTEROL ALTO												
PRESIÓN ARTERIAL ALTA												
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE												
ENFERMEDADES MENTALES												
RETARDO MENTAL												
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: