



# Pendleton School Based Health Centers

## Cuestionario de Historial Familiar de Salud

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

Enfermedad / Estado	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo	Notas
Historial familiar desconocido							
Abuso de alcohol							
Alergias							
Anemia							
Ansiedad							
Asma							
Defectos de nacimiento							
Trastornos hemorrágicos							
Cáncer							
Discapacidad en el desarrollo							
Depresión							
Diabetes							
Abuso de drogas							
Trastorno alimenticio							
Problemas de la vesícula biliar							
Dolores de cabeza							
Problemas auditivos							
Infarto miocardio /paro cardíaco							
Problemas del Corazón							
Hipertensión							
Colesterol Alto							
Enfermedad renal							
Problemas pulmonares							
Enfermedades mentales							
Obesidad							
Convulsiones							
Parálisis cerebral							
Enfermedad de la tiroides							
Tuberculosis							
Problemas de la vista							
Otros							