



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

HISTORIA GENÉTICA

| 1. ¿Tendrá usted 35 años de edad o más cuando llegue a término este embarazo? | SÍ | | NO | |
|---|--------------------|----|--------------------------|----|
| 2. ¿Alguna vez alguna de las familias del bebé ha tenido lo siguiente? | Paciente y familia | | Padre del bebé y familia | |
| a. Síndrome de Down | Sí | No | Sí | No |
| b. ¿Espina bífida, mielomeningocele, anencefalia? | Sí | No | Sí | No |
| c. ¿Hemofilia? (Trastorno hemorrágico) | Sí | No | Sí | No |
| d. ¿Distrofia muscular? | Sí | No | Sí | No |
| e. ¿Fibrosis quística? | Sí | No | Sí | No |
| f. ¿Corea de Huntington? | Sí | No | Sí | No |
| g. ¿Un hijo o familiar cercano con algún defecto congénito? | Sí | No | Sí | No |
| h. ¿Un hijo o familiar cercano que tenga discapacidad cognitiva? | Sí | No | Sí | No |
| En caso de que sí, ¿se le hizo a la persona la prueba para Síndrome X Frágil? | Sí | No | Sí | No |
| i. ¿Anemia drepanocítica o rasgo de células falciformes? | Sí | No | Sí | No |
| j. ¿Ancestros de origen italiano, griego, mediterráneo o asiático? | Sí | No | Sí | No |
| ¿Diagnóstico de talasemia (anemia de Cooley)? | Sí | No | Sí | No |
| k. ¿Usted o su pareja pueden tener ancestros judíos askenazíes de Europa del Este? | Sí | No | Sí | No |
| ¿Diagnóstico/detección de enfermedad de Tay-Sachs? | Sí | No | Sí | No |
| l. ¿Otros problemas cromosómicos/genéticos heredados? | Sí | No | Sí | No |
| m. ¿Defectos congénitos anteriores en hijos de la madre o el padre del bebé? | Sí | No | Sí | No |
| n. ¿Hay antecedentes de matrimonios o relaciones interfamiliares? | Sí | No | Sí | No |
| o. ¿Hay antecedentes de mortalidad infantil (por ej., síndrome de muerte infantil súbita o SMIS)? | Sí | No | Sí | No |
| p. ¿Hay antecedentes familiares de diabetes (por ej., en un pariente de 1 ^{er} grado)? | Sí | No | Sí | No |

En caso de contestar sí en cualquiera de las anteriores, escriba los nombres de los familiares y su parentesco (ejemplos: madre del paciente, padre de la hermana del bebé, abuela del paciente, etc.):

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____