

HISTORIA de la FAMILIA				
<i>Alguien en la familia, del padre o la madre, tiene alguna de las siguientes condiciones:</i>				
No	Condicion	Si	Por ejemplo	Si es asi, ¿quién en la familia?
<input type="checkbox"/>	alergias	<input type="checkbox"/>	a alguna comida o planta en particular	
<input type="checkbox"/>	anemia	<input type="checkbox"/>	enfermedad de células falciformes o rasgos	
<input type="checkbox"/>	asma	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	deficiencia de atención e hiperactividad	
<input type="checkbox"/>	autismo	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	cáncer, seno	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	cáncer, colon	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	cáncer, pulmón	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	cáncer, otro	<input type="checkbox"/>	otro tipo, como de la piel o cerebro	
<input type="checkbox"/>	cáncer, ovario	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	presión alta, paro cardíaco o ataque al corazón	
<input type="checkbox"/>	muerte súbita	<input type="checkbox"/>	muerte súbita, sin alguna razón o antes de los 50 años de edad	
<input type="checkbox"/>	diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	colesterol alto	
<input type="checkbox"/>	epilepsia	<input type="checkbox"/>	convulsiones o ataques	
<input type="checkbox"/>	enfermedades genéticas	<input type="checkbox"/>	síndrome de Down, fibrósisis quística u otra enfermedad	
<input type="checkbox"/>	perdida de audición/sordera	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	problemas inmunológicos	<input type="checkbox"/>	tiroides, lupus, inmunodeficiencia	
<input type="checkbox"/>	enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/>	VIH, hepatitis, tuberculosis o exámen positivo de tuberculosis	
<input type="checkbox"/>	enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	diálisis, riñón anormal, solamente tiene 1 riñón	
<input type="checkbox"/>	problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	problemas completando trabajo escolar, dislexia	
<input type="checkbox"/>	incapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	retrazo mental	
<input type="checkbox"/>	enfermedad musculoesquelética	<input type="checkbox"/>	artritis, osteoporosis	
<input type="checkbox"/>	obesidad	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	condición psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	depresión, ansiedad, bipolar, suicidio	
<input type="checkbox"/>	condiciones capilares	<input type="checkbox"/>	psoriasis, eczema	
<input type="checkbox"/>	abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	problemas con drogas o alcohol	
<input type="checkbox"/>	perdida de vista/ceguera	<input type="checkbox"/>	problema de los ojos, ceguera o glaucoma	
<input type="checkbox"/>	otro	<input type="checkbox"/>	¿alguna condición no mencionada en esta lista?	
OTRAS PREGUNTAS				
Desde su última visita, ¿ha estado su niño en la sala de emergencias en algún hospital ó en una clínica de urgencias? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
Desde su última visita, ¿ha sido su niño visto por algún doctor especialista? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
¿Está recibiendo alguna terapia su niño? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				