



Nro. de identificación del participante:

Iniciales del participante:

Lugar:

Número de visita:

Fecha del CRF:

Nro. de identificación del RC:

ANTECEDENTES MÉDICOS DE LOS PADRES BIOLÓGICOS

Display Name- 6 Meses: ANTECEDENTES MÉDICOS DE LOS PADRES BIOLÓGICOS

Antecedentes médicos de la madre biológica (registre todos los diagnósticos o enfermedades pasados y actuales)

Enfermedades del corazón ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Accidente cerebrovascular o enfermedades vasculares ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Problemas de memoria o demencia ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Cáncer ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Especifique el tipo de cáncer: (especifique el sitio o el tipo):

Niveles altos de colesterol ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Hipertensión (presión arterial alta) ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Diabetes (nivel alto de azúcar en sangre) ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Asma ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Bronquitis crónica ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

Antecedentes médicos del padre biológico (registre todos los diagnósticos o enfermedades pasados y actuales)

Enfermedades del corazón ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Accidente cerebrovascular o enfermedades vasculares ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Problemas de memoria o demencia ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Cáncer ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Especifique el tipo de cáncer: (especifique el sitio o el tipo):

Niveles altos de colesterol ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Hipertensión (presión arterial alta) ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Diabetes (nivel alto de azúcar en sangre) ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Asma ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Bronquitis crónica ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

¡Gracias por completar este cuestionario!

For Research Coordinator use only: CRF was: ☐ Self-administered ☐ Interviewer-administered



Nro. de identificación del participante:

Iniciales del participante:

Lugar:

Número de visita:

Fecha del CRF:

Nro. de identificación del RC:

ANTECEDENTES MÉDICOS DE LOS PADRES BIOLÓGICOS

Display Name- 6 Meses: ANTECEDENTES MÉDICOS DE LOS PADRES
BIOLÓGICOS
