



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

HISTORIAL FAMILIAR

1. ¿Su madre biológica tiene un historial de enfermedades del corazón, accidente cerebrovascular o enfermedad vascular, problemas de memoria, cáncer, colesterol alto en sangre, hipertensión o diabetes?

Sí No No lo sé

2. ¿Su padre biológico tiene un historial de enfermedades del corazón, accidente cerebrovascular o enfermedad vascular, problemas de memoria, cáncer, colesterol alto en sangre, hipertensión o diabetes?

Sí No No lo sé

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