



**Instrucciones:** *Envíe este formulario por fax a Genetics O llévelo contigo durante su visita.*

- Responda todas las preguntas que pueda del formulario. (Esta bien si no es completo)
- Incluya a todos los parientes biológicos (consanguíneos), incluso a los que no tienen alguna enfermedad cardíaca.
- Si no está seguro, consulte a alguien de su familia que pueda tener más información.
- Calcule la edad o use un rango de edad si no sabe una edad exacta.  
(Por ejemplo: alrededor de 70 o de 70 a 75)
- Si no está seguro de la causa de muerte, anote "desconocida".
- Si alguien de la familia se ha realizado pruebas genéticas, obtenga una copia de los resultados de laboratorio (si es posible).
- ENFERMEDADES CARDIACAS: incluyen afecciones tales como miocardiopatía (músculo cardíaco grueso o debilitado), arritmia (ritmo cardíaco irregular), aneurisma, muerte súbita e inesperada, insuficiencia cardíaca, ataque al corazón, desmayos al hacer ejercicio, debilidad muscular o cualquier diagnóstico médico conocido.

**SOBRE USTED:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Número de historia clínica de Kaiser:** \_\_\_\_\_

**Ascendencia u origen étnico:**

**Lado materno:** \_\_\_\_\_

**Lado paterno:** \_\_\_\_\_

**¿Alguien de su familia se casó con un pariente consanguíneo  
(por ejemplo, un primo, primo segundo)?**

**No                      Sí**

Si respondió sí, describa quiénes y qué parentesco tienen:

\_\_\_\_\_

\*Si en alguna sección no tiene espacio suficiente, use el espacio extra del final del formulario.

<b>SUS PADRES</b>						
	<b>Nombre</b>	<b>Edad actual (si vive)</b>	<b>Edad al fallecer Causa de muerte (Deje el espacio en blanco si la persona vive)</b>	<b>¿Alguna enfermedad cardíaca? (Sí / No / ?)</b>	<b>Tipo de enfermedad cardíaca</b>	<b>Edad en el momento del diagnóstico</b>
<b>Madre</b>						
<b>Padre</b>						
<b>SUS HIJOS</b>						
Si tuvo hijos con más de una pareja, incluya el nombre del otro padre de cada hijo.						
<b>Género (nombre del otro padre)</b>	<b>Nombre</b>	<b>Edad actual (si vive)</b>	<b>Edad al fallecer Causa de muerte (Deje el espacio en blanco si la persona vive)</b>	<b>¿Alguna enfermedad cardíaca? (Sí / No / ?)</b>	<b>Tipo de enfermedad cardíaca</b>	<b>Edad en el momento del diagnóstico</b>





Use el siguiente formulario para completar sus antecedentes familiares si no tuvo espacio suficiente en alguna sección. También incluya a cualquier familiar que tenga alguna enfermedad cardíaca que no haya mencionado antes.

**ANTECEDENTES FAMILIARES ADICIONALES**

**y  
OTROS FAMILIARES CON ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA**

Ejemplos: nieto, bisabuelo, primo lejano, hijo de un primo, etc.

Género y parentesco	Nombre	Edad actual (si vive)	Edad al fallecer Causa de muerte (Deje el espacio en blanco si la persona vive)	¿Alguna enfermedad cardíaca? (Sí / No / ?)	Tipo de enfermedad cardíaca	Edad en el momento del diagnóstico

**Alguna nota o información adicional que quiera proporcionar:**

Si alguien se realizó una prueba genética, indique quién e incluya los resultados a continuación.

**Departamentos de Genética de Kaiser Permanente**

Clovis/Fresno	Fax: 559-324-5730	Ph: 559-324-5530
Modesto	Fax: 209-735-3337	Ph: 209-735-3144
Oakland	Fax: 510-752-6754	Ph: 510-752-6298
Sacramento	Fax: 916-614-4768	Ph: 916-614-4075
San Francisco	Fax: 415-833-2999	Ph: 415-833-2998
San Jose	Fax: 408-972-3298	Ph: 408-972-3300