

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA FAMILIAR

INSTRUCCIONES/INFORMACION:

Nosotros pedimos que este cuestionario sea respondido por un miembro de la familia de la persona que tiene o ha tenido un desorden de la memoria o una enfermedad mental. Para aclarar, la persona con el desorden de memoria es designada como el "paciente", todas las demás personas son identificados en términos de su relación al paciente (por ejemplo: los hijos, padres, hermanos, o hermanas del paciente). **Nosotros lo animamos que consulte con otros miembros de la familia acerca de la información solicitada en este cuestionario.** Toda la información será mantenida estrictamente confidencial.

Por favor mantenga lo siguiente en mente cuando complete este cuestionario:

1. NO USE SOBRENOMBRES
2. Cuando ponga a los hijos de cualquier individuo, por favor incluya cualquier aborto, si él bebe nació muerto, aborto terapéutico, o adopciones.
3. Para información sobre gemelos, por favor indique si son idénticos o fraternales.
4. Por favor indique los medios-hermanos y medias-hermanas, trate de proveer la mayor cantidad de información sobre ellos, y sus padres como sea posible.
5. Cuando incluya a las mujeres, por favor asegúrese de poner su nombre de soltera y de casada.
6. Si la página no es suficientemente grande para poner a todas las personas, por favor use una página en blanco que esta al final de este cuestionario.
7. Si usted no está seguro de la fecha o la edad por favor trate de estimar el año más cercano.
8. Por favor complete lo que más pueda de este formulario.

Gracias por su colaboración.

SECCION 2: PACIENTE

3

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar en donde nació _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

SECCION 3: ESPOSO(A) DEL PACIENTE

Cuántas veces ha estado casado el paciente? _____. Si el paciente a estado casado más de una vez, por favor llene una sección por cada esposo(a).

ESPOSO(A) 1:

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Correo electrónico _____

ESPOSO(A) 2:

4

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

SECCION 4: HIJOS(AS) DEL PACIENTECuántos hijos tiene o ha tenido el paciente? _____. Si el paciente a estado casado más de una vez, por favor indique cual esposa(o) es el padre de cada hijo.**HIJO(A) 1:**

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

Correo electrónico _____

HIJO(A) 2:

5

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

HIJO(A) 3:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Correo electrónico _____

HIJO(A) 4:

6

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

HIJO(A) 5:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Correo electrónico _____

SECCION 5: PADRES DEL PACIENTE**MADRE:**

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

PADRE:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Correo electrónico _____

SECTION 6: MEDIOS-HERMANOS(AS) DEL PACIENTE

8

Cuantos medios-hermanos(as) tiene el paciente? _____. Por favor indique el padre en común trate de proveer la mayor información que sea posible del otro padre.

MEDIO-HERMANO(A) 1: Madre o padre en común: _____

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

MEDIO-HERMANO(A) 2: Madre o padre en común: _____

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de la memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

Correo electrónico _____

SECTION 7: HERMANOS(AS) DEL PACIENTE

Cuantos hermanos(as) tiene el paciente _____. Por favor incluya cualquiera que haya muerto en la niñez, y póngalo en orden cronológico (no incluya el paciente).

HERMANO(A) 1:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Calle y Numero Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono

HERMANO(A) 2:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar de paciente? Si No

Calle y Numero Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono Correo electrónico

HERMANO(A) 3:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

HERMANO(A) 4:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Correo electrónico _____

HERMANO(A) 5:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

HERMANO(A) 6:

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad de Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Correo electrónico _____

SECCION 8: OTROS FAMILIARES AFECTADOS

12

Si el paciente tiene o ha tenido otros familiares (abuelos, tíos, tías, primos, etc.) quienes han tenido o tienen dificultades con la memoria o la enfermedad de Alzheimer, acerca de los cuales no hemos pedido información, por favor ponga a estos familiares aquí.

FAMILIAR 1:

Relación al paciente: _____ Lado maternal o paternal: _____

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono

FAMILIAR 2:

Relación al paciente: _____ Lado maternal o paternal: _____

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____

Si murió, edad en que murió, fecha/año: _____

Causa de muerte: _____

Lugar donde murió, ciudad/estado: _____

Si hubo autopsia, donde fue hecha: _____

Alguna vez él o ella han tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Inseguro</u>	
Senilidad o demencia	S	N	?	Edad _____
Desorden de memoria	S	N	?	Edad _____
Cambio de conducta	S	N	?	Edad _____
Enfermedad Parkinson	S	N	?	Edad _____
Embolia	S	N	?	Edad _____
Lesión en la cabeza	S	N	?	
- Pérdida de conciencia	S	N	?	
- Fractura	S	N	?	

Podemos contactar a este familiar del paciente? Si No

Si es si, por favor ponga la dirección y el teléfono de este familiar abajo:

Calle y Numero Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono Correo electrónico

