

Nombre: _____

Nombre de su pareja: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Usted (pareja femenina) tiene un historial personal o familiar de alguno de los siguientes?

Al considerar miembros de la familia, por favor incluya sus hijos, hermanos, hermanas, padres, tías, tíos, primos y abuelos.

* Informe a su consejero / médico genética si / es adoptado su pareja o si está embarazada y se utilizó un donante de esperma / óvulos para concebir el embarazo.

Personal / Historia Familiar de:	No	Si (especificar)
El síndrome de Down u otras anomalías cromosómicas		
Retraso Mental, severo retraso en el desarrollo o Autismo		
Síndrome X Frágil		
Columna vertebral congénita o defecto cerebral		
Defecto cardíaco congénito		
Defecto renal congénito		
Ceguera / Sordera		
Labio leporino/Paladar hendido		
Otros defecto congénito grave		
Distrofia muscular		
Fibrosis quística		
Antecedentes familiares importantes de común condiciones tales como cáncer o enfermedades del corazón (es decir, personas que fueron <u>diagnosticados a temprana (<40) edad o varios miembros de la familia afectados</u>)		
Trastornos de la coagulación (como la hemofilia)		
Formas de anemia heredada (como la anemia de la célula o anemia mediterránea / de Cooley)		
Anomalías esqueléticas / Enanismo		
Trastornos neurológicos como la enfermedad de Huntington		
Otra enfermedades genética		
Múltiple aborto espontáneo		
Parto(s) de mortinato/ Muerte infantiles		
¿Es usted pariente con su pareja / cónyuge que no sea a través de matrimonio?		

*** ¿Cuál es su origen étnico / país (es) de origen? _____

Firma: _____

Fecha: _____

GC: _____

Nombre: _____

Nombre de su pareja: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Usted (pareja masculina) tiene un historial personal o familiar de alguno de los siguientes?

Al considerar miembros de la familia, por favor incluya sus hijos, hermanos, hermanas, padres, tías, tíos, primos y abuelos.

* Informe a su consejero / médico genética si / es adoptado su pareja o si está embarazada y se utilizó un donante de esperma / óvulos para concebir el embarazo.

Personal / Historia Familiar de:	No	Si (especificar)
El síndrome de Down u otras anomalías cromosómicas		
Retraso Mental, severo retraso en el desarrollo o Autismo		
Síndrome X Frágil		
Columna vertebral congénita o defecto cerebral		
Defecto cardíaco congénito		
Defecto renal congénito		
Ceguera / Sordera		
Labio leporino/Paladar hendido		
Otros defecto congénito grave		
Distrofia muscular		
Fibrosis quística		
Antecedentes familiares importantes de común condiciones tales como cáncer o enfermedades del corazón (es decir, personas que fueron <u>diagnosticados a temprana (<40) edad o varios miembros de la familia afectados</u>)		
Trastornos de la coagulación (como la hemofilia)		
Formas de anemia heredada (como la anemia de la célula o anemia mediterránea / de Cooley)		
Anomalías esqueléticas / Enanismo		
Trastornos neurológicos como la enfermedad de Huntington		
Otra enfermedades genética		
Múltiple aborto espontáneo		
Parto(s) de mortinato/ Muerte infantiles		
¿Es usted pariente con su pareja / cónyuge que no sea a través de matrimonio?		

*** ¿Cuál es su origen étnico / país (es) de origen? _____

Firma: _____

Fecha: _____

GC: _____