

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

Historial Familiar

1. Por favor escriba el mes y el año de nacimiento de los padres, hermanos/as (del mismo padre y madre), e hijos/as que están relacionados por sangre con el participante del estudio.
2. Indique si el familiar está vivo o no; escriba el año en el que falleció, si es aplicable.
3. Indique si estos familiares tuvieron demencia (incluya "senilidad", "enfermedad cerebral orgánica" o cualquier lenguaje antiguo que describa problemas progresivos de memoria que hacían que alguien dependiera de otros); y si es de su conocimiento, a qué edad comenzó la demencia.
4. En la última parte escriba si sabe de otros familiares biológicos con problemas de memoria.

Relación	Primer Nombre	Fecha de nacimiento MES/AÑO	¿Vive? S / N	Año en que falleció	¿Demencia? (Historia, síntomas o diagnóstico)	Edad de inicio
MADRE						
PADRE						

GEMELO IDÉNTICO						
--------------------	--	--	--	--	--	--

Circule Uno:

Relación	Primer Nombre	Fecha de nacimiento MES/AÑO	¿Vive? S / N	Año en que falleció	¿Demencia? (Historia, síntomas o diagnóstico)	Edad de inicio
HERMANO/A						
HERMANO/A						
HERMANO/A						
HERMANO/A						
HERMANO/A						

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

HERMANO/A						
HERMANO/A						
HERMANO/A						
HERMANO/A						
HERMANO/A						
HERMANO/A						
HERMANO/A						

Circule Uno:

Relación	Primer Nombre	Fecha de nacimiento MES/AÑO	¿Vive? S / N	Año en que falleció	¿Demencia? (Historia, síntomas o diagnóstico)	Edad de inicio
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						
HIJA/HIJO						

Instrucción n. ° 4: Escriba cualquier otro familiar relacionado por sangre que haya tenido problemas de memoria o demencia; como abuelos, tías, tíos.

Familia materna

Relación	Primer Nombre	Fecha de nacimiento MES/AÑO	¿Vive? S / N	Edad de Muerte	¿Demencia? (Historia, síntomas o diagnóstico)	Edad de inicio

Subject ID

Date:

ADRC Visit

Exmr ID:

Familia paterna

Relación	Primer Nombre	Fecha de nacimiento MES/AÑO	¿Vive? S / N	Edad de Muerte	¿Demencia? (Historia, síntomas o diagnóstico)	Edad de inicio

¿Alguien en la familia ha desarrollado la enfermedad de Parkinson? Si es así, ¿quién?

¿Alguien en la familia ha nacido con síndrome de Down? Si es así, ¿quién?
