

CUESTIONARIO GENÉTICO FAMILIAR

FECHA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

TFNO:

MÓVIL

E-MAIL

Nombre de la persona que rellena el cuestionario:

El interesado:

SI

NO

Un familiar:

DATOS PERSONALES

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO: Población:

Provincia

DATOS OFTALMOLÓGICOS

SÍNTOMAS INICIALES

Escriba cuales fueron sus primeros síntomas y a que edad aproximada comenzó a notarlos.

Si no lo recuerda con exactitud escriba "Aproximadamente".

Si no lo recuerda en absoluto escriba "no lo recuerdo".

Rodee con un círculo la respuesta apropiada.

1) - CEGUERA NOCTURNA:

SI

NO

Edad a al que comenzó a notarlo:

años

- VER CON DIFICULTAD A LA PUESTA DEL SOL: SI

NO

Edad a la que comenzó a notarlo:

años



- TARDAR EN ADAPTARME A LA OSCURIDAD: SI NO
Edad a la que comenzó a notarlo: años

2) - DISMINUCIÓN DEL CAMPO VISUAL: SI NO
Edad a la que comenzó a notarlo: años

- TROPIEZO CON FACILIDAD: SI NO
Edad a la que comenzó a notarlo: años

3) - DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL: SI NO
Edad a que comenzó a notarlo: años

- DIFICULTAD PARA LEER, COSER, VER LA T.V. SI NO
Edad a la que comenzó a notarlo: años

SÍNTOMAS INICIALES:

OBSERVACIONES:

Describa otros síntomas visuales que Vd. comenzó a sentir al comienzo de su enfermedad y al lado la edad en que comenzó a notarlo.

SINTOMA:

Edad:

SINTOMA:

Edad:

SINTOMA:

Edad:

INFORMES DE SU OFTALMÓLOGO:

¿A que edad acudió por 1ª vez a un Oftalmólogo para consultar sus problemas de visión ? años

¿A que edad le diagnosticó un oftalmólogo que padecía una enfermedad de la visión? años

Envíe Fotocopias del 1er Informe escrito que tenga de un Oftalmólogo y de los que incluyan:

- Campo Visual
- Electro Retinograma
- Medida de la Refracción.

¿Padece un Síndrome?: SI NO

¿Cuál?:



HISTORIA FAMILIAR

DATOS DEL PADRE:

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Población

Provincia

¿Ha padecido la misma enfermedad de la visión?:

¿Ha padecido alguna otra enfermedad de la vista?:

(Indique cuál y a que edad)

¿Vive actualmente?:

Indique si padece alguna enfermedad grave, crónica o congénita:

Si ha fallecido, indique la Fecha:

Y la causa:

DATOS DE LA MADRE:

Nombre y apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Población

Provincia

¿Ha padecido la misma enfermedad de la visión?:

¿Ha padecido alguna otra enfermedad de la vista?:

(Indique cuál y a que edad)

¿Vive actualmente?:

Indique si padece alguna enfermedad grave, crónica o congénita:

Si ha fallecido, indique la Fecha:

Y la causa:

CONSANGUINIDAD DE LOS PADRES ENTRE SI

Indique si los padres del paciente eran consanguíneos: SI

NO

Explique el parentesco exacto:

(Primos hermanos, primos 2os, Primos 3os, etc)

Escriba el mayor nº de apellidos de sus padres que conozca por orden y subraye los apellidos de la rama familiar de la cual procedían los 2:



APELLIDOS DEL PADRE

APELLIDOS DE LA MADRE

DATOS DE LOS HERMANOS DEL PACIENTE

Nº de Embarazos que tuvo la madre del paciente:

Nº de Abortos:

Nº de Niños que murieron a los pocos días u horas de haber nacido:

Nº de Niños que murieron en la infancia (con meses o pocos años):

Nº de Hermanos que llegaron a adultos:

¿Que lugar de orden ocupa Vd. actualmente?:

Nº de Hermanos que viven actualmente?:

1º) NOMBRE

Fecha de Nacimiento:	Sexo: Hombre	Mujer
¿Tiene alguna enfermedad de la visión?:	SI	NO
¿Cuál?		
Población dónde reside actualmente:		
¿Colaboraría en el estudio?:		

2º) NOMBRE

Fecha de Nacimiento:	Sexo: Hombre	Mujer
¿Tiene alguna enfermedad de la visión?:	SI	NO
¿Cuál?		
Población dónde reside actualmente:		
¿Colaboraría en el estudio?:		



3º) NOMBRE

Fecha de Nacimiento:	Sexo:Hombre	Mujer
¿Tiene alguna enfermedad de la visión?:	SI	NO
¿Cuál?		
Población dónde reside actualmente:		
¿Colaboraría en el estudio?:		

4º) NOMBRE

Fecha de Nacimiento:	Sexo:Hombre	Mujer
¿Tiene alguna enfermedad de la visión?:	SI	NO
¿Cuál?		
Población dónde reside actualmente:		
¿Colaboraría en el estudio?:		

5º) NOMBRE

Fecha de Nacimiento:	Sexo:Hombre	Mujer
¿Tiene alguna enfermedad de la visión?:	SI	NO
¿Cuál?		
Población dónde reside actualmente:		
¿Colaboraría en el estudio?:		

6º) NOMBRE

Fecha de Nacimiento:	Sexo:Hombre	Mujer
¿Tiene alguna enfermedad de la visión?:	SI	NO
¿Cuál?		
Población dónde reside actualmente:		
¿Colaboraría en el estudio?:		

DATOS DE LOS HIJOS DEL PACIENTE

Nº de Embarazos que ha tenido su pareja (en caso de los varones): _____

Nº de Abortos: _____

Nº de Niños que murieron a los pocos días u horas de haber nacido: _____

Nº de Niños que murieron en la infancia (con meses o pocos años): _____

Nº de Hijos que viven actualmente: _____

1º) NOMBRE:

Fecha de Nacimiento:		
¿Tiene alguna enfermedad de la visión?:	SI	NO
¿Cuál?		
¿Padece alguna otra enfermedad?		



2º) NOMBRE:

Fecha de Nacimiento:

¿Tiene alguna enfermedad de la visión?: SI NO

¿Cuál?

¿Padece alguna otra enfermedad?

3º) NOMBRE:

Fecha de Nacimiento:

¿Tiene alguna enfermedad de la visión?: SI NO

¿Cuál?

¿Padece alguna otra enfermedad?

4º) NOMBRE:

Fecha de Nacimiento:

¿Tiene alguna enfermedad de la visión?: SI NO

¿Cuál?

¿Padece alguna otra enfermedad?

5º) NOMBRE:

Fecha de Nacimiento:

¿Tiene alguna enfermedad de la visión?: SI NO

¿Cuál?

¿Padece alguna otra enfermedad?

DATOS DE LA PAREJA DEL PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

¿Es consanguínea la pareja?: SI NO

Indique el tipo de parentesco:

Enfermedades crónicas, graves o congénitas que ha padecido:

Enfermedades de la vista:



NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

FAMILIA MATERNA.- ABUELOS MATERNOS:

-Abuelo

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

¿Vive actualmente?

¿Padeció alguna enfermedad de la visión?

SI NO NO LO SE

¿Cuál??

¿Padeció alguna enfermedad grave o congénita?

Fecha de Fallecimiento:

Causa de la muerte:

-Abuela

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

¿Vive actualmente?

¿Padeció de Retinosis? SI NO NO LO SE

¿Padeció alguna enfermedad de la vista?

¿Padeció alguna enfermedad grave o congénita?

Fecha de Fallecimiento:

Causa de la muerte:

TIOS MATERNOS:

¿Cuántos hermanos tuvo la madre del paciente?

..... hermanos hermanas

(Sólo los que llegaron a la edad adulta)

Escriba en una hoja aparte los siguientes datos de los tíos maternos del paciente:

 sus nombres

 si viven o han muerto

 si padecieron o no la enfermedad

 fecha aproximada de nacimiento (edad) de cada uno



FAMILIA PATERNA.- ABUELOS PATERNOS:

-Abuelo

Nombre y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

¿Vive actualmente? _____

¿Padeció alguna enfermedad de la vista? _____

SI NO NO LO SE

¿Cuál? _____

¿Padeció alguna enfermedad grave o congénita? _____

Fecha de Fallecimiento: _____

Causa de la muerte: _____

-Abuela

Nombre y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

¿Vive actualmente? _____

¿Padeció alguna enfermedad de la vista? _____

SI NO NO LO SE

¿Cuál? _____

¿Padeció alguna enfermedad grave o congénita? _____

Fecha de Fallecimiento: _____

Causa de la muerte: _____

TIOS PATERNOS:

¿Cuántos hermanos tuvo el padre del paciente?

..... hermanos hermanas

(Sólo los que llegaron a la edad adulta)

Escriba en una hoja aparte los siguientes datos de los tíos paternos del paciente:

sus nombres

si viven o han muerto

si padecieron o no la enfermedad

fecha aproximada de nacimiento (edad) de cada uno