

# North Jersey Nephrology Associates, P.A.

246 Hamburg Turnpike, Suite#207, Wayne, NJ 07470  
 1117 Route 46 East, Suite# 205, Clifton, NJ 07013  
 1031 McBride Ave, Suite# D209, Woodland Park, NJ 07424  
 22-18 Broadway, Suite # 301, Fairlawn, NJ 07410  
 Tel# 973-653-3366 & F# 973-653-3365

*Manuel J. Moquete, M.D.*  
*Harjinder S. Saini, M.D.*  
*Diane C. Triolo, M.D.*  
*Alicia R. Notkin, M.D.*

*Vincent Graziano, M.D.*  
*Nazifa Banu, M.D.*  
*Deepthi Karanam, M.D.*  
*Purna B. Nandigam, M.D.*

*Ananth N. Prakash, M.D.*  
*Pat F. Audia, M.D.*  
*Sanjay R. Shah, M.D.*  
*Chandra Chandran, M.D.*

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR: POR FAVOR CIRCULE PARA CADE ENFERMEDAD Y LLENE TIPO**

<b>ENFERMEDAD:</b>	NINGUNO	PADRE	MADRE	HERMANOS	HIJOS
<b>RENAL</b>	NINGUNO	PADRE	MADRE	HERMANOS	HIJOS
<b>*TIPO DE ENFERMEDAD RENAL:</b>					
<b>DIABETES</b>	NINGUNO	PADRE	MADRE	HERMANOS	HIJOS
<b>*TIPO DE DIABETE:</b>					
<b>ALTA PRESION</b>	NINGUNO	PADRE	MADRE	HERMANOS	HIJOS
<b>*TIPO DE ALTA PRESION:</b>					
<b>ISQUEMICA DEL CORAZON</b>					
<b>*TIPO ISQUEMICA DEL CORAZON:</b>					
<b>CANCER</b>	NINGUNO	PADRE	MADRE	HERMANOS	HIJOS
<b>*TIPO DE CANCER:</b>					
<b>DERRAME CEREBRAL</b>	NINGUNO	PADRE	MADRE	HERMANOS	HIJOS
<b>*TIPO DE DERRAME CEREBRAL:</b>					
<b>GOTA</b>	NINGUNO	PADRE	MADRE	HERMANOS	HIJOS
<b>*TIPO DE GOTA:</b>					
<b>ENFERMEDAD RENAL POLIQUISTICA AUTOSOMICA DOMINANTE</b>	NINGUNO	PADRE	MADRE	HERMANOS	HIJOS
<b>*TIPO DE ENFERMEDAD RENAL POLIQUISTICA UTOSOMICA DOMINANTE:</b>					
<b>DEMENCIA</b>					
<b>*TIPO DE DEMENCIA:</b>					

**ESTADO:**

<b>PADRE:</b>	VIVIR	FALLECIDO: EDAD:	CAUSA:	DESCONOCIDO
<b>MADRE:</b>	VIVIR	FALLECIDO: EDAD:	CAUSA:	DESCONOCIDO

**USO DE TABACO: POR FAVOR CIRCULE UNA**

USUARIO ACTUAL	USUARIO ANTERIOR	NUNCA USADO	DESCONOCIDO
----------------	------------------	-------------	-------------

**TIPO: POR FAVOR CIRCULE UNA**

CIGARILLOS	TUBOS PUROS	TABACO	TABACO DE MASCAR	TABACO EN POLVO
------------	-------------	--------	------------------	-----------------

USUARIO ANTERIOR: AÑO DE INICIO: \_\_\_\_\_ AÑO TERMINADO: \_\_\_\_\_

**VACUNAS:**

Quando se administró la vacuna contra la influenza? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_