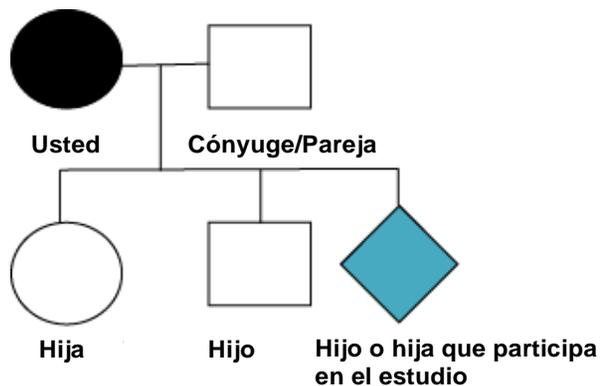


# Secuenciación Genética Avanzada en el Tratamiento del Cáncer Infantil (Estudio BASIC<sup>3</sup>) realizada por Baylor College of Medicine

## Cuestionario de ANTECEDENTES FAMILIARES

1. **Conteste la siguiente sección, la cual contiene preguntas acerca de los antecedentes familiares de cáncer en sus hijos y su familia.**
2. Anote (lo mejor que pueda) el **nombre completo** de cada familiar solicitado.
3. Incluya únicamente a **familiares consanguíneos** (excepto por su cónyuge), incluso si ya no viven.
4. **NO INCLUYA A NINGÚN FAMILIAR QUE NO SEA CONSANGUÍNEO.** Por ejemplo, no debe incluir hermanastros ni hermanos adoptados, los cuales no son familiares consanguíneos.
5. Si un familiar padece o ha padecido cáncer, son importantes tanto el **tipo de cáncer** como **la edad o el año** de su diagnóstico. Asegúrese de incluir cualquier tumor maligno, leucemia o enfermedad de Hodgkin.
6. Si no conoce la edad o el año exactos, **anote la edad o el año aproximados. Enciérrelos en un círculo** para saber que no son exactos.
7. Tómese su tiempo y proporcione tanta información como le sea posible. Quizá necesite hablar con otros miembros de la familia para obtener la información más precisa.
8. Si tiene dudas sobre algún dato, escriba “**no sabe**” en el espacio correspondiente o marque la casilla que dice “no sabe”.
9. UTILICE LETRA DE IMPRENTA. ¡MUCHAS GRACIAS!

**HERMANOS BIPARENTALES DE SU HIJO QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO Y SU PADRE**



Lea de izquierda a derecha de la página para cada persona.

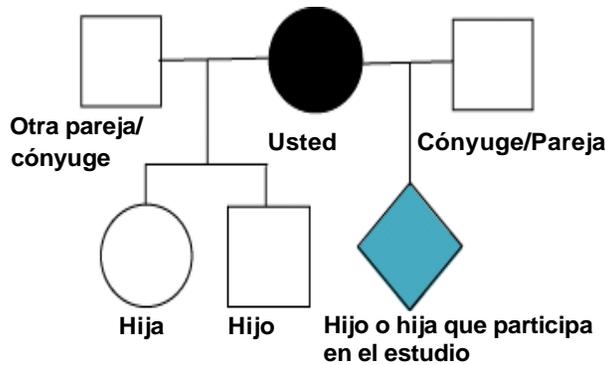
**SUS HIJOS Y su cónyuge/pareja (solamente parejas con hijos):**

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Sexo	Fecha de nacimiento mes/día/año	¿Vivo o muerto? Fecha de defunción mes/día/año	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
<b>Cónyuge/Pareja</b>	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe		( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
<b>1. Hijos</b>	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe		( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
<b>2.</b>	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe		( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
<b>3.</b>	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe		( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
<b>4.</b>	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe		( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

5.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	_____ años Año de _____	_____ años Año de _____
----	--	--	--	----------------------------	----------------------------

## MEDIOS HERMANOS DEL HIJO QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO

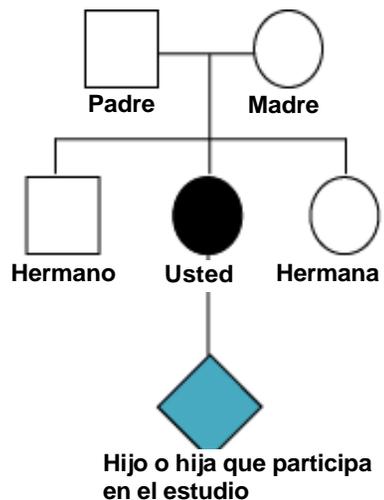
Continúe con esta página si usted tuvo más hijos con otra pareja. De no ser así, pase a la página **Sus padres y hermanos** para continuar con esa sección.



### SUS HIJOS Y OTRO CÓNYUGE/PAREJA (solamente parejas con hijos):

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Sexo	Fecha de nacimiento mes/día/año	¿Vivo o muerto?	Fecha de defunción mes/día/año	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
Cónyuge/Pareja	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
1. Hijos	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
2.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
3.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
4.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

## SUS PADRES Y HERMANOS



Sus padres biológicos Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto?	Año de defunción	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
Padre		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
Madre		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

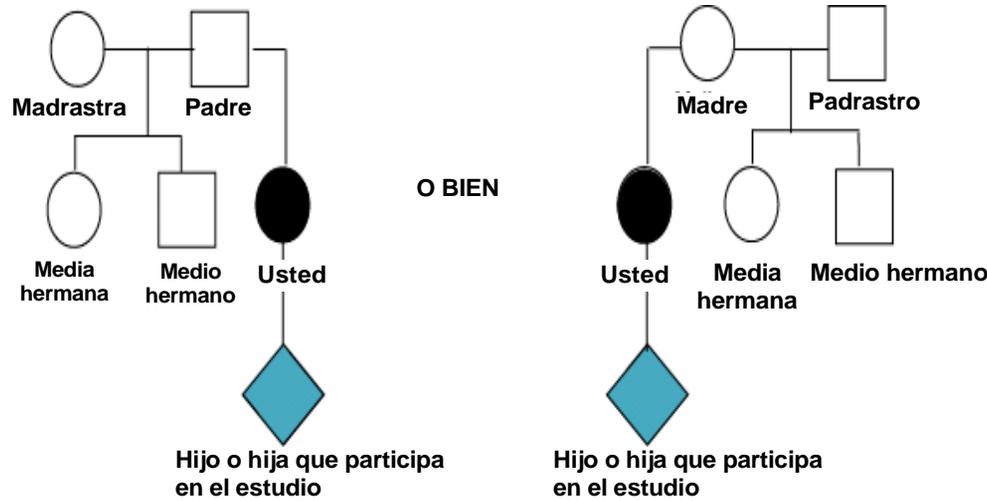
**SUS HERMANOS BIPARENTALES (hermanos y hermanas):**

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Sexo	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto?	Año de defunción	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
1.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
2.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
3.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
4.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
5.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

Si necesita espacio para más hermanos y hermanas, continúe en la siguiente página; de lo contrario, pase a la página **Sus padrastros y medios hermanos** para continuar con esa sección o pase a la página **Los padres de su padre** para proporcionar esa información.

### SUS MEDIOS HERMANOS

Continúe con esta página si usted tiene medios hermanos por medio de su padre o su madre. De no ser así, pase a la siguiente sección.



Sus padrastros Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto?	Año de defunción	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
Padre o madre		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

### SUS MEDIOS HERMANOS (hermanos y hermanas):

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Sexo	Fecha de nacimiento mes/día/año	¿Vivo o muerto?	Fecha de defunción mes/día/año	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
1.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
2.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

3.	( )M ( )F	( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe	( )Sí ( )No ( )No sabe	_____ años Año de _____	_____ años Año de _____
4.	( )M ( )F	( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe	( )Sí ( )No ( )No sabe	_____ años Año de _____	_____ años Año de _____
5.	( )M ( )F	( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe	( )Sí ( )No ( )No sabe	_____ años Año de _____	_____ años Año de _____

Si tiene más de un padrastro o madrastra, anótelos en las siguientes páginas adicionales.

## OTROS FAMILIARES CON CÁNCER

**Proporcione la siguiente información de cualquier otro familiar que haya tenido CÁNCER EN LA INFANCIA O COMO JOVEN ADULTO (ANTES DE LOS 40 AÑOS). Puede tratarse de sus abuelos, tíos, sobrinos o primos.**

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Otros familiares Nombre del padre Nombre de la madre	Emparentado por medio de su(s)...	Parentesco con usted	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto? Año de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico
1.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe  Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años		_____ años
		( )Padre						Año de _____		Año de _____
2.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe  Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años		_____ años
		( )Padre						Año de _____		Año de _____
3.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe  Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años		_____ años
		( )Padre						Año de _____		Año de _____
		( )Hijos								

Si necesita espacio para más familiares, continúe en la siguiente página; de lo contrario, pase a la página **Los familiares de su madre** para proporcionar esa información.

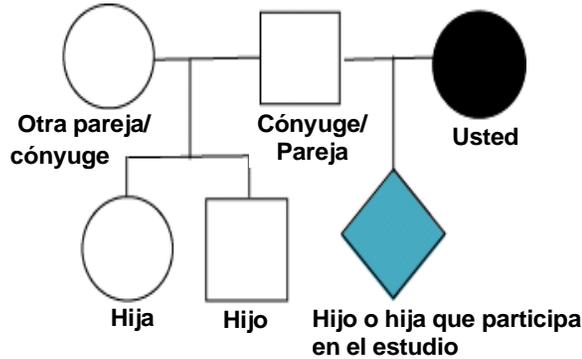
**PÁGINA ADICIONAL EN CASO DE SER NECESARIA**

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Otros familiares Nombre del padre Nombre de la madre	Emparentado por medio de su(s)...	Parentesco con usted	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto? Año de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico
1.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
2.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
3.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
4.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
5.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
6.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
7.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
8.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
9.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____

Conteste estas secciones, las cuales incluyen preguntas acerca de los antecedentes familiares del PADRE del menor que participa en este estudio, si es que usted conoce esa información.

**MEDIOS HERMANOS DEL MENOR QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO POR PARTE DE SU PADRE**

Continúe con esta página si su hijo tiene medios hermanos por parte de su padre. De no ser así, pase a la página **Padres y hermanos** para continuar con esa sección.

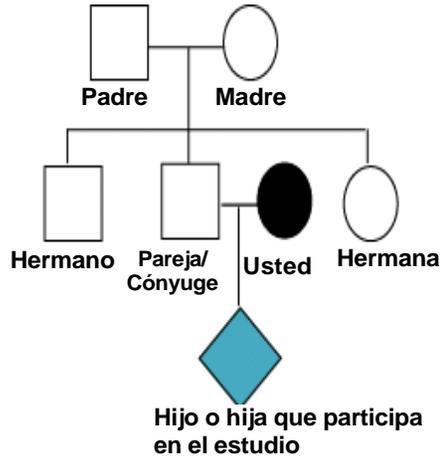


**LOS MEDIOS HERMANOS DE SU HIJO POR PARTE DE SU PADRE:**

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Sexo	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto?	Año de defunción	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
Cónyuge/Pareja	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
1. Hijos	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
2.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
3.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
4.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	



## LOS ABUELOS y TÍOS PATERNOS DE SU HIJO



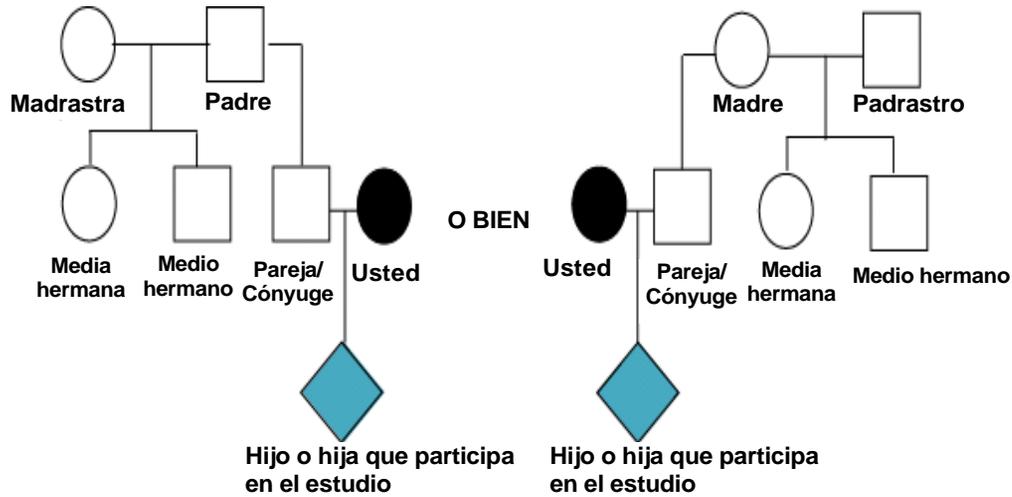
Los abuelos paternos de su hijo Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto?	Año de defunción	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
Padre		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
Madre		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

**LOS HERMANOS BIPARENTALES DE SU CÓNYUGE/PAREJA (hermanos y hermanas):**

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Sexo	Año de nacimiento mes/día/año	¿Vivo o muerto?	Año de defunción	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
1.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
2.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
3.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
4.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
5.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

Si necesita espacio para más hermanos y hermanas, continúe en la siguiente página; de lo contrario, pase a la página **Sus padrastros y medios hermanos** para continuar con esa sección o pase a la página **Los padres de su padre** para proporcionar esa información.

## LOS MEDIOS HERMANOS DE SU CÓNYUGE/PAREJA



Padrastro paterno Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto?	Año de defunción	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
Padre o madre		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

### MEDIOS HERMANOS PATERNOS (hermanos y hermanas):

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Sexo	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto?	Año de defunción	Edad de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	¿Otras enfermedades graves?
1.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	
2.	( )M ( )F		( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe			( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años Año de _____		_____ años Año de _____	

3.	( )M ( )F	( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe	( )Sí ( )No ( )No sabe	_____ años Año de _____	_____ años Año de _____
4.	( )M ( )F	( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe	( )Sí ( )No ( )No sabe	_____ años Año de _____	_____ años Año de _____
5.	( )M ( )F	( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe	( )Sí ( )No ( )No sabe	_____ años Año de _____	_____ años Año de _____

Si tiene más de un padrastro o madrastra, anótelos en las siguientes páginas adicionales.

## OTROS FAMILIARES CON CÁNCER

Proporcione la siguiente información de cualquier familiar paterno de su hijo que haya tenido **CÁNCER EN LA INFANCIA O COMO DE ADULTO JOVEN (ANTES LOS 40 AÑOS)**. Puede tratarse de sus abuelos, tíos, sobrinos o primos paternos.

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Otros familiares Nombre del padre Nombre de la madre	Emparentado por medio de su(s)...	Parentesco con usted	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto? Año de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico
1.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe  Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años		_____ años
		( )Padre						Año de _____		Año de _____
2.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe  Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años		_____ años
		( )Padre						Año de _____		Año de _____
3.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe  Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años		_____ años
		( )Padre						Año de _____		Año de _____
		( )Hijos								

Si necesita espacio para más familiares, continúe en la siguiente página; de lo contrario, pase a la página **Los familiares de su madre** para proporcionar esa información.

**PÁGINA ADICIONAL EN CASO DE SER NECESARIA**

Nombre completo Primer nombre Segundo nombre Apellido (Apellido de soltera)	Otros familiares Nombre del padre Nombre de la madre	Emparentado por medio de su(s)...	Parentesco con usted	Año de nacimiento	¿Vivo o muerto? Año de defunción	¿Alguna vez tuvo cáncer?	Primer tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico	Segundo tipo de cáncer	Edad o año del diagnóstico
1.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
2.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
3.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
4.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
5.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
6.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
7.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
8.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____
9.  Sexo: ( ) M ( ) F		( )Madre ( )Padre ( )Hijos			( )Vivo ( )Muerto ( )No sabe Edad de defunción: _____ años	( )Sí ( )No ( )No sabe		_____ años  Año de _____		_____ años  Año de _____

**Gracias por tomarse el tiempo para contestar este cuestionario.**