

**Antecedentes médicos**

Fecha de recolección de los antecedentes médicos

\_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)**Condiciones**

¿Tiene alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las opciones que correspondan)

Afección de inmunodeficiencia  Sí  NoEnfermedad autoinmune  Sí  NoHipertensión (HTA, presión arterial alta)  Sí  NoDiabetes  Sí  NoNefropatía crónica (NPC)  Sí  NoDiagnóstico y/o tratamiento del cáncer en los últimos 12 meses  Sí  NoEnfermedad cardiovascular (ECV o cardiopatía)  Sí  NoAsma  Sí  NoEnfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)  Sí  NoOtra enfermedad pulmonar crónica  Sí  NoAnemia de células falciformes  Sí  NoDepresión  Sí  NoTrastornos relacionados con el consumo de alcohol o sustancias  Sí  NoUso de medicamentos intravenosos  Sí  NoOtro trastorno de salud mental  Sí  NoOtra afección crónica  Sí  No

This module was extracted from Section "Antecedentes Medicos" (page 9) of the full document "RADx-UP Common Data Elements (Spanish)"