

Por favor indique si alguno de sus familiares (de sangre) ha tenido alguno de estos problemas:

	Abuelos	Padres	Tíos/Tías	Hermanos/as	Hijos	Aparte del que está siendo estudiado
Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas con Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Internación en Hospitales Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manía o Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Algún profesional de la salud alguna vez le dijo que usted sufre la enfermedad maníaco-depresiva o trastorno bipolar ?

Si No