

INFORMACIÓN MÉDICA Y GENÉTICA DEL NIÑO

(Adjunte Historia Social)

PARTE I: ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO

1. Nombre	2. Fecha de Nacimiento:	3. Lugar de Nacimiento	4. Hora de Nacimiento	5. Número de Seguro Social	
6. Test de Apgar 1 min. 5 min.	7. Prematuro (meses/semanas)	8. Peso al Nacer	9. Talla al Nacer		
10. Tipo de Parto	11. Duración del Trabajo de Parto	12. ¿Fue Amamantado?	13. ¿Fórmula?		
14. Nombre y Domicilio del Médico que Asistió: (Adjunte copia de los registros o divulgación autorizada.)		15. Complicaciones del Nacimiento: (Incluya cualquier lesión del niño en el nacimiento).			
16. Medicamentos Proporcionados: (Desde el Nacimiento hasta la Colocación)					
17. Defectos de Nacimiento: (Especifique)					
18. Antecedentes de Vacunación: (Adjunte copia de los registros de vacunación del niño).					
19. Fechas de Enfermedades u Hospitalizaciones Significativas: (Especifique el tipo de enfermedad, nombre y domicilio del médico y/u hospital. Adjunte copia de los registros o autorización de divulgación.)					
20. ¿Tiene este niño algún problema significativo de crecimiento o desarrollo?					
21. ¿Tiene este niño alguna afección crónica de salud?					
22. ¿Padece este niño algún problema grave emocional y/o de comportamiento? De ser así, indique los resultados de las pruebas, diagnósticos y nombres y domicilios de los terapeutas.					
23. ¿Tiene este niño discapacidades significativas de aprendizaje?					
24. ¿Tiene este niño una vinculación con una tribu Americana Nativa? De ser así, proporcione el nombre de la tribu.					
25. Afecciones Médicas: (Describa en hoja por separado)					
	Alergias/Asma	Síndrome de Down	Problemas de Crecimiento	Anemia de Células Falciformes	
	Anemia	Uso/dependencia de drogas	VIH/SIDA	Espina Bífida	
	Anorexia/Bulimia	Epilepsia	Afección renal	Afección visual/ceguera	
	Cáncer	Afección auditiva/sordera	Retardo Mental	Otra (por favor especifique)	
	Anomalía Congénita	Afección cardíaca	Afección Muscular	Otra (por favor especifique)	
	Diabetes	Hepatitis (especifique el tipo)	Afección ortopédica	Otra (por favor especifique)	
26. Hitos del Desarrollo (Indique la edad en la que se logró el hito)					
Hito	Edad	Hito	Edad	Hito	Edad
Se dio Vuelta		Se Puso de Pie		Fue solo al Baño	
Se Sentó Solo		Caminó		Utilizó Palabras	
Gateó		Se Alimentó Solo			

PARTE II. ANTECEDENTES GENÉTICOS Y MÉDICOS DE LA MADRE

1. Nombre		2. Fecha de Nacimiento:		3. Lugar de Nacimiento	
4. Domicilio				5. Número de Seguro Social	
6. Medicamentos, drogas y alcohol utilizados antes y durante este embarazo.					
7. ¿Existió alguna complicación o problema durante el embarazo o el parto? Explique:					
8. Descripción Física: Estatura:		Peso	Color de Ojos	Color de Cabello/Textura	Color de Piel
9. Salud General incluso hospitalización o cirugía.					
10. Marque cualquiera de las siguientes afecciones de salud que aparezcan en los antecedentes de salud suyos o de su familia:			Para cualquier afección marcada, por favor proporcione información adicional que pudiera estar disponible (como tipo de enfermedad mental, descripciones de defecto congénito, cuál miembro de la familia, edad al inicio, etc. Por favor adjunte información adicional en una hoja de papel por separado).		
Familia Madre de la Madre		Familia Madre de la Madre			
		Alcoholismo			VIH/SIDA
		Alergias/Asma			Afección Renal
		Trastorno Bipolar (especifique el tipo)			Retardo Mental
		Cáncer			Afección Muscular
		Anomalia Congénita			Otra Enfermedad Mental (por favor especifique)
		Diabetes			Esquizofrenia
		Síndrome de Down			Anemia de Células Falciformes
		Uso/dependencia de drogas			Enfermedad de Transmisión Sexual (por favor especifique)
		Epilepsia			Espina Bífida
		Problemas auditivos/sordera			Problemas de visión/ceguera
		Afección cardíaca			Otra (por favor especifique)
		Hepatitis			Otra (por favor especifique)
11. Raza y/o Nacionalidad		12. Vinculación con una tribu: De ser así, nombre de la tribu:		13. Religión	
14. Ocupación y antecedentes laborales					

La información que he proporcionado anteriormente es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Comprendo que si en cualquier momento en el futuro tengo conocimiento de cualquier información o afección que pudiera afectar la salud, el desarrollo o condición física de mi niño o de los hijos de mi niño, puedo notificar por escrito al Departamento para Niños y Familias, Atención: Prevention and Protection Services, 555 S. Kansas Avenue, Topeka, KS 66603, (785) 296-4653.

PARTE III. ANTECEDENTES GENÉTICOS Y MÉDICOS DEL PADRE

1. Nombre		2. Fecha de Nacimiento:		3. Lugar de Nacimiento	
4. Domicilio				5. Número de Seguro Social	
6. Descripción Física: Estatura:		Peso	Color de Ojos	Color de Cabello/Textura	Color de Piel
7. Salud General incluso hospitalización o cirugía.					
8. Marque cualquiera de las siguientes afecciones de salud que aparezcan en los antecedentes de salud suyos o de su familia: Para cualquier afección marcada, por favor proporcione información adicional que pudiera estar disponible (como tipo de enfermedad mental, descripciones de defecto congénito, cuál miembro de la familia, edad al inicio, etc. Por favor adjunte información adicional en una hoja de papel por separado).					
Padre		Familia del Padre		Padre	
		Alcoholismo		VIH/SIDA	
		Alergias/Asma		Afección Renal	
		Trastorno Bipolar (especifique el tipo)		Retardo Mental	
		Cáncer		Afección Muscular	
		Anomalía Congénita		Otra Enfermedad Mental (por favor especifique)	
		Diabetes		Esquizofrenia	
		Síndrome de Down		Anemia de Células Falciformes	
		Uso/dependencia de drogas		Enfermedad de Transmisión Sexual (por favor especifique)	
		Epilepsia		Espina Bífida	
		Problemas auditivos/sordera		Problemas de visión/ceguera	
		Afección cardíaca		Otra (por favor especifique)	
		Hepatitis		Otra (por favor especifique)	
9. Raza y/o Nacionalidad			10. Vinculación con una tribu: De ser así, nombre de la tribu:		11. Religión
12. Ocupación y antecedentes laborales					

La información que he proporcionado anteriormente es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Comprendo que si en cualquier momento en el futuro tengo conocimiento de cualquier información o afección que pudiera afectar la salud, el desarrollo o condición física de mi niño o de los hijos de mi niño, puedo notificar por escrito al Departamento para Niños y Familias, Atención: Prevention and Protection Services, 555 S. Kansas Avenue, Topeka, KS 66603, (785) 296-4653.

Fecha _____ Firmado _____

El Anexo 5-0 proporciona información adicional cuando utiliza este formulario conjuntamente con adopciones privadas.

