

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE

Nombre de la Agencia _____

División de Servicios Sociales
Historial Clínico para Adopción, Parte I

Nombre del adoptado(a) _____

Fuente de información, si no ha sido llenada por madre/padre: _____

I. HISTORIAL MENSTRUAL Y DE EMBARAZO DE LA MADRE AL NACIMIENTO QUE INVOLUCRA A ESTE NIÑO(A)

Edad al comienzo de menstruación	Duración usual del período	Regular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de días entre períodos
----------------------------------	----------------------------	--	-------------------------------

II. ESTE EMBARAZO

¿Edad de la madre al comienzo del embarazo?	¿Tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo empezó el cuidado prenatal? ¿Cuántas visitas?
¿Complicaciones durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si hubo complicaciones, explique	Nacimiento de un bebé _____ Nacimientos múltiples 1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ Número de embarazos anteriores _____

III. HISTORIAL DEL ALUMBRAMIENTO DE ESTE NIÑO(A)

Duración del parto	Tipo de alumbramiento <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Cesárea	Fórceps <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de sangre del padre _____ Tipo de sangre de la madre _____ Factor RH de la madre _____
¿Le administraron anestesia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

IV. ENFERMEDADES DURANTE ESTE EMBARAZO

Sarampión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Virus <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si "Sí", especifique _____	Prediabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Toxemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

COMENTARIOS:

INSTRUCCIONES: Se dará una copia de este formulario a los padres adoptivos antes de la colocación del niño(a) menor para adopción; una copia se presentará con la Solicitud para Adopción que será remitida por el Secretario de la Corte Superior (Clerk of Superior Court) a la División de Servicios Sociales del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado; y se retendrá una copia en el archivo de la agencia. En adopciones por intermedio de la agencia, la página de certificación no se entregará a los padres adoptivos si es que contiene el nombre de la madre/padre al nacimiento o pariente de la madre/padre al nacimiento.

Historial Clínico de Padres Biológicos y otros Parientes, Parte II

Indique Madre al nacimiento _____

Padre al nacimiento _____

Instrucciones: Use una hoja separada por cada uno de los padres. Llene en el espacio de arriba a cuál de los padres corresponde la información

Nombre del adoptado(a) _____

Sistema respiratorio	No	Sí (usted mismo)	Sí, pariente (especifique)	Comentarios
Alergias				
Fiebre del heno				
Asma				
Sinusitis				
Tuberculosis				
Enfisema				
Fibrosis quística				
Otro (especifique)				
Piel				
Acné				
Verrugas				
Psoriasis				
Eczema				
Calvicie				
Cáncer				
Defectos al nacimiento				
Labio leporino / fisura del paladar				
Pie deforme				
Defecto del corazón				
Parálisis cerebral				
Síndrome de Down				
Abuso / adicción de drogas				Cantidad / Frecuencia
Alcohol				
Tabaco				
Marihuana				
Barbitúricos				
Anfetaminas				
Alucinógenos				
Cocaína				
Heroína				
Medicinas bajo prescripción				
Tranquilizantes				
Otros				
Enfermedades hereditarias				
Hemofilia				
Desorden de la tiroides				
Galactosemia				
Enfermedad de Huntington				
Obesidad				
Anemia de células falciformes				
Otra (especifique)				

Nombre del adoptado(a) _____

Trastornos de Huesos /Músculos	No	Sí (usted mismo)	Sí, pariente (especifique)	Especifique grado y edad de comienzo:
Artritis /Reumatismo				
Osteoporosis				
Trastorno de rodilla y cadera				
Escoliosis				
Espina bífida				
Distrofia muscular				
Lupus				
Circulación del corazón				
Aneurisma				
Venas varicosas				
Soplo del corazón				
Alta presión arterial				
Ataque apoplético				
Ataque al corazón				
Bloqueos				
Angina				
Flebitis				
Otro (especifique):				
Trastornos neurológicos				¿Qué parte del cuerpo? ¿Ambos lados? ¿Cuán severo?
Distrofia muscular				
Esclerosis múltiple				
Parálisis cerebral				
Enfermedad de Parkinson				
Enfermedad de Alzheimer				
Epilepsia /Convulsiones				
Migrañas				
Esquizofrenia				
Enfermedad de Tay-Sachs				
Síndrome de Tourette				
Depresión				
Autismo				
Trastorno de deficiencia de atención				
Enfermedades de transmisión sexual				
Gonorrea				
Sífilis				
Herpes				
Portador del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)				
SIDA				
Otra (especifique)				
Urinario				
Enfermedad del riñón				
Infecciones de la vejiga				
Gota				
Piedras en el riñón				
Azúcar				
Trastornos del hígado				
Trastornos pancreáticos				

Nombre del adoptado(a) _____

Fiebre reumática	No	Sí (usted mismo)	Sí, pariente(especifique)	¿Dio como resultado un soplo del corazón?
Trastornos de los órganos de los sentidos				Edad de comienzo
Ceguera				
Con visión de lejos (hipermetropía) / visión corta (miopía)				
Astigmatismo				
Infecciones del oído				
Usa anteojos /lentes de contacto				
Problemas para hablar				
Daltonismo /ceguera nocturna				
Glaucoma; cataratas				
Sordera /pérdida de audición				
Otro (especifique)				
Lesión /Cirugía mayor:				¿Edad?
Abuso físico o sexual:				¿Edad? ¿Perpetrador?
Historial del seno				
Cáncer				
Mastectomía				
Lumpectomía (mastectomía parcial)				
Mastopatía fibroquística				
Otro (especifique)				
SIDS (Síndrome de muerte súbita infantil)				
Retardo mental:				¿Alguna diagnosis o causa? ¿Hospitalizado?
Hiperactividad /Discapacidad de aprendizaje:				¿Tipo de educación? ¿Tipo de medicamentos?
Enfermedad pulmonar:				Especifique tipo:
Diabetes:				Especifique tipo; edad en la que diagnosticaron, medicamentos:
Problemas dentales:				Especifique tipo:
Cáncer				¿Qué clase? ¿Edad de comienzo? ¿Parte del cuerpo?

CERTIFICACIÓN

Este documento debería ser certificado por la persona que lo completó. (En adopciones por intermedio de agencia, esta página de certificación no deberá ser entregada a los padres adoptivos si es que contiene el nombre de la madre/padre al nacimiento o de un pariente de la madre/padre biológico).

Por el presente certifico que he llenado este Formulario de Historial Clínico para Adopción, Partes I y II.

Firma de (Madre/Padre) (Pariente) (Agencia)

Fecha: _____

ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

CONDADO _____

Jurado y suscrito ante mí el día _____ de _____ de _____

(S E L L O)

Notario Público

Mi Comisión expira: _____