INFORMAÇÕES SOBRE O PAI BIOLÓGICO

NOME DA CRIANÇA:	NÚMERO DO PROCESSO:
NOME DO(A) ASSISTENTE SOCIAL:	NOME DA AGÊNCIA:

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- Escreva com clareza, usando tinta.
- Complete todos os itens. Caso não saiba a resposta de um item, indique “desconhecido”.
- O formulário AD 67A é dividido em duas partes. A Seção I consiste de informações “identificadoras” e serão mantidas em sigilo. Nenhuma dessas informações será dada à criança adotada ou aos seus pais adotivos, a menos que nos dê permissão por escrito para tal. A Seção II consiste de informações “não identificadoras” sobre seus antecedentes e histórico de saúde. A Lei de Adoção da Califórnia requer que uma cópia da Seção II seja dada aos pais adotivos antes da finalização da adoção e sob solicitação por escrito do(a) adotado(a) quando atingir a idade de 18 anos.
- Todas as informações solicitadas neste formulário são necessárias para a conclusão da adoção de seu/sua filho(a).

SEÇÃO I — INFORMAÇÕES IDENTIFICADORAS DO PAI BIOLÓGICO

A. NOME/ENDEREÇO:

NOME DO PAI BIOLÓGICO (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)	OUTROS NOMES CONHECIDOS

NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL	NÚMERO DA CARTEIRA DE MOTORISTA	DATA DE NASCIMENTO (MÊS, DIA, ANO)	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE, ESTADO, PAÍS)

ENDEREÇO ATUAL (RUA, CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELEFONE (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO
ENDEREÇO PERMANENTE PARA CORRESPONDÊNCIA (RUA, CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) *	NÚMERO DE TELEFONE PERMANENTE (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO

RESTRIÇÕES PARA USO DO ENDEREÇO PERMANENTE PARA CORRESPONDÊNCIA, SE HOUVER

B. FILIAÇÃO DO PAI BIOLÓGICO

NOME DA MÃE DO PAI BIOLÓGICO (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)	NOME DO PAI DO PAI BIOLÓGICO (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)
ENDEREÇO RUA CIDADE	ENDEREÇO RUA CIDADE
ESTADO CÓDIGO POSTAL	ESTADO CÓDIGO POSTAL
A SUA MÃE SABE SOBRE ESTA ADOÇÃO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DESCONHECIDO	O SEU PAI SABE SOBRE ESTA ADOÇÃO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DESCONHECIDO
SE PRECISARMOS LOCALIZÁ-LO NO FUTURO, PODEREMOS CONTATAR SUA MÃE PARA NOS AJUDAR? ☐ SIM ☐ NÃO	SE PRECISARMOS LOCALIZÁ-LO NO FUTURO, PODEREMOS CONTATAR SEU PAI PARA NOS AJUDAR? ☐ SIM ☐ NÃO

C. PATERNIDADE DO(A) MENOR:

Você se casou com a mãe biológica da criança? ..... ☐ Sim ☐ Não
Se a resposta for Sim, data e local do casamento: _____
Se divorciados, data e local do divórcio: _____.

Você e a mãe biológica tentaram se casar alguma vez? ..... ☐ Sim ☐ Não
Se a resposta for Sim, explique.

Você está atualmente casado com a mãe biológica? ..... ☐ Sim ☐ Não

D. OUTROS FILHOS:

Você tem outros filhos além da criança sendo adotada? ..... ☐ Sim ☐ Não
Se a resposta for Sim, complete o item a seguir.

NOME DO(A) FILHO(A)	SEXO M	SEXO F	MARQUE (✓) SE HOUVER RELAÇÃO SANGUÍNEA COM O(A) ADOTADO(A) TOTAL	MEIA	DATA DE NASCIMENTO DO(A) FILHO(A)	QUEM ESTÁ CUIDANDO DO(A) FILHO(A)? *(Especifique a relação do guardião com o(a) filho(a))*
1.						
2.						
3.						
4.						

* NOTA: É importante notificar o State Department of Social Services sobre qualquer mudança no seu endereço de correspondência permanente.

E. DESCENDÊNCIA DE ÍNDIO AMERICANO:

Você ou um de seus pais ou outros familiares é Índio Americano?..... ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for Sim, informe o nome da tribo, localização grau de sangue indígena, (se souber)._____

F. ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO:

Você já foi a um psicólogo, psiquiatra, assistente social ou outro orientador para algum problema emocional ou psicológico que possa ter tido? ..... ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for Sim, complete os itens a seguir.

DATA(S) E RAZÕES PARA O TRATAMENTO:

NOME DO TERAPEUTA E/OU AGÊNCIA QUE FORNECEU O TRATAMENTO:

LOCALIDADE:

INDIQUE OS MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE O SEU TRATAMENTO:

RAZÃO PARA A SUSPENSÃO CASO NÃO ESTEJA MAIS SOB TRATAMENTO:

G. PERGUNTAS DA ADOÇÃO: (Somente para adoções independentes)

1. Você tem seu próprio procurador (advogado) durante esta adoção?..... ☐ Sim ☐ Não
2. O seu advogado também é o advogado dos pais adotivos? ..... ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido
3. Como foram pagos os gastos para essa gravidez, cuidados de pré-natal, parto e outros?_____
4. Quanto eles pagaram? *(Informe se for desconhecido)* _____
5. A Lei de Adoção da Califórnia declara que os pais biológicos que colocam um(a) filho(a) para adoção devem ter conhecimento das seguintes informações sobre os futuros pais adotivos: seus nomes completos, idade, religião, raça ou grupo étnico, tempo no casamento atual e número de casamentos anteriores, emprego, se outras crianças ou adultos vivem em suas residências, se há outros filhos que não residem em suas residências, obrigação com pagamento de pensão para esses filhos e alguma falha em cumprir com essas obrigações, alguma condição de saúde que possa encurtar suas expectativas de vida ou restringir suas atividades diárias normais, qualquer condenação por crimes que não sejam pequenas violações de trânsito; alguma remoção de filhos de seus cuidados devido ao abuso ou negligência com os filhos, suas áreas gerais de residência ou, caso requisitado, seus endereços.
6. Você tem pelo menos essas informações sobre os pais adotivos?..... ☐ Sim ☐ Não
7. Que informações adicionais deseja ou precisa saber sobre os pais adotivos? _____
8. Você conheceu os pais adotivos? ..... ☐ Sim ☐ Não
9. Se a resposta for sim, o quanto está familiarizado com eles? _____

ASSINATURA DO PAI BIOLÓGICO

DATA DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

As informações acima foram fornecidas por: *(Marque a caixa aplicável)*

☐ Mãe biológica ☐ Pai biológico ☐ Outro *(explicar)*

_____

NOME DA CRIANÇA:	NÚMERO DO PROCESSO:
NOME DO(A) ASSISTENTE SOCIAL:	NOME DA AGÊNCIA:

SEÇÃO II — INFORMAÇÕES NÃO IDENTIFICADORAS DO PAI BIOLÓGICO

Essas informações serão dadas aos pais adotivos e estarão disponíveis ao seu(sua) filho(a). Responda todas as perguntas da forma mais completa possível.

PARTE I — CARACTERÍSTICAS DO PAI BIOLÓGICO NO NASCIMENTO DO ADOTADO

A. INFORMAÇÕES GERAIS E DESCRIÇÃO FÍSICA:

LOCAL DE NASCIMENTO (APENAS O ESTADO)	ALTURA	PESO USUAL	COR DOS OLHOS	COR DA PELE	COR NATURAL DOS CABELOS	TEXTURA NATURAL DO CABELO (MARQUE TODOS QUE SE APLICAM) ☐ FINO ☐ MÉDIO ☐ GROSSO ☐ LISO ☐ ONDULADO ☐ ENCARACOLADO ☐ CALVO

DATA DE NASCIMENTO (APENAS ANO)	TIPO SANGUÍNEO	Fator RH	TIPO CORPORAL ☐ OSSOS PEQUENOS ☐ OSSOS MÉDIOS ☐ OSSOS GRANDES	VOCÊ É DESTRO? ☐ CANHOTO? ☐

Raça/Grupo Étnico

☐ Branca ☐ Hispânica ☐ Filipina ☐ Negra ☐ Asiática ou das Ilhas do Pacífico

☐ Índio Americano ou Nativo do Alasca ☐ Outro _____

Se Índio Americano ou Nativo do Alasca, especifique o nome da tribo e grau de sangue indígena *(se souber)*_____

ESPECIFIQUE DE QUE NACIONALIDADE DESCENDE (EXEMPLO: IRLANDESA, FRANCESA, ALEMÃ, CANTONESA, MEXICANA, NIGERIANA)

B. ESCOLARIDADE:

ÚLTIMA SÉRIE CONCLUÍDA	ATUALMENTE NA ESCOLA? ☐ SIM ☐ NÃO	NOTAS USUAIS NA ESCOLA	OUTROS TREINAMENTOS

ATIVIDADES FORA DO CURRÍCULO ESCOLAR

MATÉRIAS DE INTERESSE

C. OCUPAÇÃO:

OCUPAÇÃO ATUAL	HÁ QUANTO TEMPO?	OCUPAÇÃO USUAL?

QUAIS SÃO SEUS OBJETIVOS PROFISSIONAIS? (EXEMPLO: SER PROFESSOR, SOLDADOR, VENDEDOR)

D. PERSONALIDADE

DESCREVA SUA PERSONALIDADE EM TERMOS DE COMPORTAMENTO USUAL, ATITUDES, TEMPERAMENTO, ATIVIDADES EM QUE GERALMENTE PARTICIPA, TIPOS DE PESSOAS COM QUE GOSTA DE ESTAR, ETC.

DESCREVA TALENTOS, HOBBIES E OBJETIVOS NA VIDA.

E. PERGUNTAS DA ADOÇÃO:

1. QUAL É A SUA RELIGIÃO?

2. VOCÊ ESTÁ DISPOSTO A TER SEU(SUA) FILHO(A) CRIADO(A) NA FÉ RELIGIOSA DOS PAIS ADOTIVOS, SE FOR DIFERENTE DA SUA? ☐ SIM ☐ NÃO

SE A RESPOSTA FOR NÃO, EM QUE FÉ RELIGIOSA VOCÊ DESEJA QUE SEU(SUA) FILHO(A) SEJA CRIADO(A)?

PORQUE VOCÊ COLOCOU ESTA CRIANÇA PARA ADOÇÃO? (QUEIRA RESPONDER DA FORMA MAIS COMPLETA POSSÍVEL. ESTA É A PERGUNTA QUE OS ADOTADOS QUANDO ADULTOS MAIS COMUMENTE FAZEM ÀS AGÊNCIAS DE ADOÇÃO.)

SE SEU(SUA) FILHO(A) NÃO FOI COLOCADO(A) PARA ADOÇÃO NO NASCIMENTO, DÊ INFORMAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS, SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ANTES DA COLOCAÇÃO.

COMO VOCÊ SE SENTE EM SER CONTATADO PELO(A) ADOTADO(A) QUANDO ATINGIR A IDADE ADULTA?

F. HISTÓRICO DE SAÚDE PESSOAL:

DESCREVA SUA SAÚDE GERAL

QUAIS DOENÇAS DA INFÂNCIA VOCÊ TEVE? COQUELUCHE ☐ FEBRE DO FENO ☐ INFECÇÕES DE OUVIDO ☐ FEBRE REUMÁTICA ☐
CAXUMBA: RUBÉOLA (3 DIAS) ☐ CAXUMBA ☐ ROSÉOLA ☐ ENCEFALITE ☐ SOPRO CARDÍACO ☐ INFECÇÕES URINÁRIAS ☐
RUBÉOLA (2 SEMANAS) ☐ CATAPORA ☐ ASMA ☐ MENINGITE ☐ FEBRE ESCARLATE ☐
OUTRA (Especifique) ☐

ALGUMA CIRURGIA IMPORTANTE?
☐ SIM ☐ NÃO SE A RESPOSTA FOR SIM, PARA QUAIS CONDIÇÕES e quando?

VOCÊ É UM
☐ GÊMEO ☐ TRIGÊMEO ☐ OUTRO PARTO MÚLTIPLO

VOCÊ É UM GÊMEO
☐ IDÊNTICO OU ☐ FRATERNAL

VOCÊ USOU ÁLCOOL, TABACO OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS TÓXICAS ANTES DE CONCEBER A CRIANÇA?
☐ SIM ☐ NÃO SE A RESPOSTA FOR SIM, LISTE O TIPO DE SUBSTÂNCIA, O TEMPO DE USO E A FREQÜÊNCIA.

G. HISTÓRICO FAMILIAR:

VOCÊ OU QUALQUER MEMBRO DE SUA FAMÍLIA IMEDIATA FOI ADOTADO?
☐ SIM ☐ NÃO SE A RESPOSTA FOR SIM, FAVOR DIZER QUEM

	SEU PAI BIOLÓGICO		SUA MÃE BIOLÓGICA	
Idade atual.....				
Se falecido(a), idade ao falecer				
Causa da morte.....				
Altura e peso	ALTURA	PESO	ALTURA	PESO
Cor e textura dos cabelos				
Cor dos olhos				
Cor da pele.....				
Destro(a) ou canhoto(a)				
Traços ressaltados				
Nível escolar concluído				
Ocupação				
Raça/Grupo Étnico	☐ BRANCA ☐ HISPÂNICA ☐ NEGRA ☐ FILIPINA ☐ ASIÁTICA OU DAS ILHAS DO PACÍFICO ☐ ÍNDIO AMERICANO OU NATIVO DO ALASCA ☐		☐ BRANCA ☐ HISPÂNICA ☐ NEGRA ☐ FILIPINA ☐ ASIÁTICA OU DAS ILHAS DO PACÍFICO ☐ ÍNDIO AMERICANO OU NATIVO DO ALASCA ☐ OUTRA	
Nacionalidade.....				
Religião				
Este pai ou mãe estava ciente da gravidez?.....	☐ **SIM** ☐ **NÃO**		☐ **SIM** ☐ **NÃO**	
Quantos irmãos ou irmãs ele/ela tem?.....				
Se algum de seus tios ou tias faleceu, dê a idade ao falecer e causa da morte				

	OS PAIS DE SEU PAI				OS PAIS DE SUA MÃE			
	PAI		**MÃE**		**PAI**		**MÃE**	
Idade								
Se falecido(a), idade ao falecer e causa da morte								
Descreva a aparência física								
Altura e peso	ALTURA	PESO	ALTURA	PESO	ALTURA	PESO	ALTURA	PESO
Traços ressaltados								
Nível escolar concluído								
Ocupação atual ou anterior								
Ele/ela estava ciente da gravidez?.....	☐ **SIM** ☐ **NÃO**		☐ **SIM** ☐ **NÃO**		☐ **SIM** ☐ **NÃO**		☐ **SIM** ☐ **NÃO**	

G. HISTÓRICO FAMILIAR: (CONTINUAÇÃO)

SEUS IRMÃOS E IRMÃS

(Se tiver mais de 4 irmãos ou irmãs, use uma folha adicional)

	1	2	3	4
Sexo (Masculino ou Feminino)				
Idade.....				
Se falecido(a), idade ao falecer e causa				
Seu meio(a)-irmão(ã) ou completo(a)?	☐ COMPLETO ☐ MEIO	☐ COMPLETO ☐ MEIO	☐ COMPLETO ☐ MEIO	☐ COMPLETO ☐ MEIO
Altura e peso	ALTURA / PESO	ALTURA / PESO	ALTURA / PESO	ALTURA / PESO
Cor e textura dos cabelos				
Cor dos olhos				
Cor da pele.....				
Hobbies e talentos.....				
Última série escolar concluída				
Atualmente na escola?.....	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
Ocupação				
Ciente da gravidez?.....	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
Estado civil				
Número de filhos que tiveram				
Saúde de seus filhos.....				

SEUS OUTROS FILHOS

(Se tiver mais de 4 filhos, use uma folha adicional)

	FILHO(A) Nº. 1	FILHO(A) Nº. 2	FILHO(A) Nº. 3	FILHO(A) Nº. 4
Indique se é filho ou filha.....				
Data de nascimento ou idade.....				
Esta criança é meio(a) ou irmão(ã) completo(a) da adotada?	☐ COMPLETO ☐ MEIO	☐ COMPLETO ☐ MEIO	☐ COMPLETO ☐ MEIO	☐ COMPLETO ☐ MEIO
Se falecido(a), idade ao falecer				
Causa da morte				
Altura e peso.....	ALTURA / PESO	ALTURA / PESO	ALTURA / PESO	ALTURA / PESO
Cor e textura dos cabelos.....				
Cor dos olhos.....				
Cor da pele				
Canhoto(a) ou destro(a).....				
Série escolar				
Esse(a) filho(a) mora com você?..	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
Hobbies e talentos				
Saúde geral.....				
Cirurgia importante				
Problemas de saúde				
Esta criança estava ciente da gravidez?.....	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO

H. HISTÓRICO MÉDICO SEU, DE SEUS PAIS E DE OUTROS PARENTES

Informe, marcando a caixa apropriada, se VOCÊ ou qualquer PARENTE (ex: seus pais, irmãs, irmãos, tias, tios, avós, outro filhos que gerou, etc.) tiveram ou têm agora as condições médicas listadas abaixo. Indique a relação da pessoa com você. Complete a seção Comentários. Caso uma condição médica tenha resultado em morte de um membro da família, informe isto e a idade aproximada da pessoa ao falecer na seção Comentários.

CONDIÇÃO MÉDICA	NÃO	Não sabe	SIM Próprio	SIM - PARENTE *(Especifique o relacionamento)*	COMENTÁRIOS
A. DEFEITOS CONGÊNITOS 1. Pé torto ou outro problema ortopédico (ex: pé chato, etc.)					
2. Lábio leporino ou palato fendado					
3. Síndrome de Down					
4. Outra anomalia cromossômica					
5. Hidrocéfalo					
6. Distrofia muscular					Partes do corpo envolvidas? Idade no início?
7. Nanismo					
8. Espinha bífida					
9. Defeito cardíaco congênito					
10. Anemia da célula falciforme					
11. Doença de Tay-Sachs					
B. ALERGIAS 1. Eczema ou outras afecções cutâneas					Alguma causa conhecida? Qual tratamento? Qual medicamento?
2. Febre do feno ou outra alergia					
3. Alergia a medicamentos					A quais medicamentos?
4. Alergia alimentar					A quais alimentos?
C. DISTÚRBIO DO OLHO, DENTÁRIO, DO OUVIDO E DE DESENVOLVIMENTO 1. Cegueira, glaucoma, daltonismo ou outros problemas visuais					
2. Óculos corretivos ou lentes de contato					Em que idade foi necessário o uso de lentes prescritas?
Miopismo ☐ Hipermetropia ☐					
Astigmatismo☐ (incapacidade para focar)					
Estrabismo ☐ (vesgo)					
Outro (explique) ☐					
3. Aparelhos dentários ou outro trabalho ortodôntico					Caso positivo, qual trabalho ortodôntico e por quanto tempo?

H. HISTÓRICO MÉDICO SEU, DE SEUS PAIS E DE OUTROS PARENTES (Continuação)

CONDIÇÃO MÉDICA	NÃO	Não sabe	SIM Pró-prio	SIM - PARENTE *(Especifique o relacionamento)*	COMENTÁRIOS
4. Surdez ou outro problema do ouvido					Ensino especial? Caso "Sim", informe a idade do início.
5. Problemas de fala					
6. Deficiência de aprendizado					Algum diagnóstico? Hospitalização?
7. Retardamento: mental ou físico					
D. DOENÇAS CIRCULATÓRIAS 1. Hemofilia					
2.Anemia ou traço da célula falciforme					
3. Hipertensão (Pressão sanguínea alta)					Idade no início? Qual tratamento? Hospitalização?
4. Derrame					
5. Ataque cardíaco (coronária)					
6. Artrite					Quer tipo? Idade no início? Que parte do corpo?
7. Doença renal					Idade no início? Qual tratamento?
E. DISTÚRBIOS HORMONAIS 1. Diabetes					Idade no início? Qual tratamento?
2. Distúrbio da tireóide					
3. Obesidade (excesso de peso)					
F. DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS 1. Asma					Alguma causa (conhecida)? Qual tratamento?
2. Enfisema					Idade no início?
3. Tuberculose					Idade no início? Que tipo? Que parte do corpo?
G. DISTÚRBIOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS 1. Esquizofrenia diagnosticada					Idade no início? Qual tratamento? Hospitalização?
2. Diagnóstico maníaco-depressivo					
3. Outras doenças mentais. Descreva usando uma folha adicional, se necessário.					
4. Alcoolismo ou hábito pesado de beber					
5. Uso de drogas					Tipo, quantidade e quando usadas?

H. HISTÓRICO MÉDICO SEU, DE SEUS PAIS E DE OUTROS PARENTES (Continuação)

CONDIÇÃO MÉDICA	NÃO	Não sabe	SIM Pró-prio	SIM - PARENTE *(Especifique o relacionamento)*	COMENTÁRIOS
H. DOENÇAS LINFÁTICAS 1. Câncer					Que tipo? Idade no início? Em que parte do corpo?
2. Tumores					
3. Fibrose cística					
4. Doença de Hodgkins					
I.DISTÚRBIOS DO SISTEMA NERVOSO 1. Esclerose múltipla					Partes do corpo envolvidas? Idade no início?
2. Doença de Huntington					
3. Paralisia cerebral					
4. Convulsões					Idade no início? Qual tratamento? Freqüência?
5. Epilepsia					
J. INFECÇÃO, HOSPITALIZAÇÃO 1. Ataques repetidos de febre com infecção conhecida					Diagnóstico?
2. Infecção grave repetida necessitando de hospitalização					
3. Hospitalização, operação ou ferimento					Para quê? Quando?
K. OUTROS PROBLEMAS MÉDICOS OU DE SAÚDE					