# INFORMACIÓN ACERCA DE LA MADRE BIOLÓGICA

| NOMBRE DEL NIÑO | NÚMERO DEL CASO |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO | NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA |

## *INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:*

- Escriba claramente con letra de imprenta - usando tinta.
- Complete todas las preguntas/artículos. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta/artículo, escriba “no sé”.
- El formulario AD 67 se divide en dos partes separadas. La SECCIÓN I consiste de información "que identifica" y se conservará de manera confidencial. No se le dará ninguna parte de esta información a su hijo(a) por adoptar ni a sus padres adoptivos, a menos que usted nos haya dado permiso por escrito para compartirla. La SECCIÓN II consiste de información "que no identifica". La ley de California sobre adopciones requiere que se les dé a los padres que hayan adoptado a su hijo una copia de la SECCIÓN II, la cual contiene información médica, psicológica y social, antes de que se finalice la adopción, y que se le dé a su hijo que fue adoptado una copia de la SECCIÓN II basándose en una petición por escrito de él cuando cumpla 18 años.
- Toda la información que se requiere en este formulario es importante para completar la adopción de su hijo.

## SECCIÓN I — INFORMACIÓN ACERCA DE LA MADRE BIOLÓGICA, QUE LA IDENTIFICA

Esta información se mantendrá de una manera confidencial a menos de que usted dé permiso por escrito que se comparta.

### A. NOMBRE/DIRECCIÓN

| NOMBRE DE LA MADRE BIOLÓGICA (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) | NOMBRE DE SOLTERA | OTROS NOMBRES POR LOS QUE SE LE CONOCE |
|---|---|---|
| | | |

| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | NO. DE LICENCIA DE MANEJAR | FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA, AÑO) | LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAÍS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DIRECCIÓN ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) | NÚMERO DE TELÉFONO ( ) |
|---|---|
| DIRECCIÓN PERMANENTE PARA RECIBIR CORREO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) * | NO. DE TELÉFONO PERMANENTE ( ) |

RESTRICCIONES PARA USAR LA DIRECCIÓN PERMANENTE PARA RECIBIR CORREO, SI LAS HAY

### B. PADRES DE LA MADRE BIOLÓGICA *(los padres que la criaron)*

| NOMBRE DE LA MADRE DE LA MADRE BIOLÓGICA (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) | NOMBRE DEL PADRE DE LA MADRE BIOLÓGICA (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) |
|---|---|
| DIRECCIÓN CALLE CIUDAD | DIRECCIÓN CALLE CIUDAD |
| ESTADO CÓDIGO POSTAL | ESTADO CÓDIGO POSTAL |
| ¿SABE SU MADRE ACERCA DE ESTA ADOPCIÓN? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO SÉ | ¿SABE SU PADRE ACERCA DE ESTA ADOPCIÓN? ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO SÉ |
| SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED, ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU MADRE PARA QUE NOS AYUDE? ☐ SÍ ☐ NO | SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED, ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU PADRE PARA QUE NOS AYUDE? ☐ SÍ ☐ NO |

### C. PATERNIDAD DEL MENOR

| NOMBRE DEL PADRE BIOLÓGICO DEL NIÑO (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) | NÚMERO DE TELÉFONO PERMANENTE ( ) |
|---|---|
| ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA (CALLE, CIUDAD, ESTADO; PAÍS SI ES FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS) | |

¿Alguna vez, el padre biológico y usted han intentado contraer matrimonio? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es “SÍ”, explique _____

### D. HISTORIAL DEL ESTADO CIVIL

1. ¿Está casada ahora? ☐ SÍ ☐ NO Si lo está, ¿cuál es el nombre de su esposo(a)? _____ (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

   ¿Cuál es la dirección de él/ella? _____

LA LICENCIA DEL MATRIMONIO ACTUAL FUE EXPEDIDA EN (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)

| LUGAR DEL MATRIMONIO (CIUDAD, CONDADO, ESTADO) | FECHA DEL MATRIMONIO (MES, DÍA, AÑO) |
|---|---|
| | |

* NOTA: Es importante que usted notifique al Departamento de Servicios Sociales de California *(California Department of Social Services)* de cualquier cambio en su dirección permanente para recibir correo.

2. ¿Ha tenido otros matrimonios? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", conteste lo siguiente:

| NOMBRE DEL ESPOSO ANTERIOR | LUGAR DONDE SE EXPIDIÓ LA LICENCIA DE MATRIMONIO | FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO | FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO | SI SU ESPOSO HA MUERTO, INDIQUE LA FECHA Y EL LUGAR DONDE MURIÓ | NO. DE HIJOS NACIDOS DEL MATRIMONIO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |

## E. OTROS HIJOS

¿Tiene otros hijos además del que se está adoptando? ..... ☐ Sí ☐ No
Si contesta "Sí", complete lo siguiente:

| NOMBRE DEL NIÑO | SEXO M | SEXO F | MARQUE (✔) SI ES PARIENTE CONSANG. DEL NIÑO POR ADOPT. COMPLETO | MARQUE (✔) SI ES PARIENTE CONSANG. DEL NIÑO POR ADOPT. MEDIO | FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO | PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DE ESTE NIÑO *(Especifique el parentesco que tiene con el niño.)* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |

## F. ASCENDENCIA INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS (TIENE QUE COMPLETAR EL FORMULARIO ICWA - 020)

¿Es alguien en su familia, por parte de su madre o padre, de ascendencia indígena de los Estados Unidos? ..... ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿cuál tribu(s)?_____ ¿Dónde se encuentra la tribu(s)?_____

¿Actualmente están usted o sus padres, o alguna vez estuvieron sus otros antepasados, registrados con la tribu? ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿cuál es el número de registración de usted o de ellos?_____.

¿Han tenido alguna vez usted, sus padres, abuelos o cualquier otro antepasado, un certificado del grado de sangre indígena *(Certificate of Degree of Indian Blood - CDIB)*? Si contesta "Sí", por favor adjunte una copia del CDIB a este cuestionario. ☐ Sí ☐ No

## G. ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO

¿Ha visitado alguna vez a algún psicólogo, psiquiatra, trabajador social clínico para la salud mental o la salud relacionada a la conducta, con respecto a cualquier problema emocional, psicológico o de conducta que usted pudiera haber tenido?.. ☐ Sí ☐ No
Si contesta "Sí", complete lo siguiente:

FECHAS Y MOTIVOS PARA RECIBIR TRATAMIENTO

NOMBRE DEL TERAPEUTA Y/O AGENCIA QUE PROPORCIONÓ EL TRATAMIENTO

LUGAR

MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON DURANTE SU TRATAMIENTO

MOTIVO PARA LA DESCONTINUACIÓN SI YA NO RECIBE TRATAMIENTO

## H. PREGUNTAS SOBRE ADOPCIÓN: *(solamente para adopciones independientes)*

1. ¿La está representando su propio abogado en esta adopción? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Es el abogado suyo también el abogado de los padres adoptivos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
3. ¿Quién pagó los gastos de este embarazo, incluyendo cuidado prenatal, parto y cualquier otro gasto? _____
4. ¿Pagaron los padres adoptivos algunos de los gastos de usted necesarios para vivir ? ☐ Sí ☐ No

   ¿Cuánto pagaron? $ _____
5. La ley de California sobre adopciones establece que los padres biológicos que colocan a un niño para que sea adoptado tienen que tener conocimiento personal acerca de los padres adoptivos.

   Por favor indique si acaso tiene cualquiera de la siguiente información acerca de los padres adoptivos:

   Nombre legal y completo ☐ Sí ☐ No
   Edad ☐ Sí ☐ No
   Religión ☐ Sí ☐ No
   Raza o etnicidad ☐ Sí ☐ No
   Duración del matrimonio actual ☐ Sí ☐ No
   Número de matrimonios previos ☐ Sí ☐ No
   El área general donde viven (si se pide, su dirección). ☐ Sí ☐ No
   Empleo ☐ Sí ☐ No
   Si acaso otros niños o adultos viven en el hogar de ellos ☐ Sí ☐ No
   Niños que no residen en el hogar de ellos ☐ Sí ☐ No
   ¿Alguna obligación de manutención de hijos con respecto a estos niños? ☐ Sí ☐ No
   ¿Alguna vez han fallado en el cumplimiento de manutención de hijos? ☐ Sí ☐ No
   ¿Alguna condición de salud que pudiera acortar su promedio de vida o disminuir sus actividades diarias normales? ☐ Sí ☐ No
   ¿Algún historial de arresto y condenas por delitos que no sean infracciones de tráfico? ☐ Sí ☐ No
   ¿Les quitaron a niños bajo su cuidado debido al abuso o descuido de niños? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Qué otra información adicional desea o necesita usted acerca de los padres adoptivos? _____

   _____

   _____

   _____
7. ¿Ha conocido usted a los padres adoptivos? ☐ Sí ☐ No
8. Si contesta "Sí", ¿qué tan bien los conoce? _____

   _____

   _____

| FIRMA DE LA MADRE BIOLÓGICA | FECHA EN QUE SE COMPLETÓ EL FORMULARIO |
|---|---|
| | |

La información anterior fue proporcionada por: *(marque la casilla que sea pertinente)*

☐ Madre biológica ☐ Padre biológico ☐ otro *(explique)*

| NOMBRE DEL NIÑO | NÚMERO DEL CASO |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO | NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA |

## SECCIÓN II — INFORMACIÓN ACERCA DE LA MADRE BIOLÓGICA, QUE NO LA IDENTIFICA

Se dará esta información a los padres adoptivos y estará a la disposición del hijo de usted. Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda.

### CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE BIOLÓGICA EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO POR ADOPTAR

### A. INFORMACIÓN GENERAL Y DESCRIPCIÓN FÍSICA

| ESTATURA | PESO USUAL | COLOR DE OJOS | COLOR DE PIEL | COLOR NATURAL DEL PELO | TEXTURA NATURAL DEL PELO *(MARQUE LO QUE SEA PERTINENTE)* ☐ FINO ☐ MEDIO ☐ GRUESO ☐ LACIO ☐ ONDULADO ☐ RIZADO ☐ ESCASO |
|---|---|---|---|---|---|

| FECHA DE NACIMIENTO *(AÑO SOLAMENTE)* | LUGAR DE NACIMIENTO *(ESTADO SOLAMENTE)* | TIPO DE SANGRE: | FACTOR Rh | TIPO DE CUERPO: ☐ HUESOS CHICOS ☐ HUESOS MEDIANOS ☐ HUESOS GRANDES | ¿USA LA MANO DERECHA? ☐ ¿USA LA MANO IZQUIERDA? ☐ |
|---|---|---|---|---|---|

RAZA/GRUPO ÉTNICO:

☐ Blanca ☐ Hispana ☐ Filipina ☐ Negra ☐ Asiática o isleña del Pacífico

☐ Indígena de los EE. UU. o de Alaska ☐ otra *(especifique)* _____

Si es indígena de los EE. UU. o de Alaska, por favor especifique el nombre de la tribu y grado de sangre indígena *(si lo sabe)* _____

LA NACIONALIDAD ESPECÍFICA DE LA CUAL DESCIENDE *(POR EJEMPLO: IRLANDESA, FRANCESA, ALEMANA, CANTONESA, MEXICANA, NIGERIANA)*

### B. EDUCACIÓN

| ÚLTIMO GRADO COMPLETADO | ¿ASISTE A LA ESCUELA AHORA? ☐ SÍ ☐ NO | CALIFICACIONES USUALES EN LA ESCUELA | OTRO ENTRENAMIENTO |
|---|---|---|---|

ACTIVIDADES FUERA DEL PLAN DE ESTUDIOS

MATERIAS EN QUE ESTÁ/ESTABA INTERESADA

### C. OCUPACIÓN

| OCUPACIÓN ACTUAL | ¿CUÁNTO TIEMPO? | ¿OCUPACIÓN USUAL? |
|---|---|---|

¿CUÁLES SON SUS METAS OCUPACIONALES? *(POR EJEMPLO: SER MAESTRA, SOLDADORA, DEPENDIENTA DE TIENDA)*

### D. PERSONALIDAD

DESCRIBA SU PERSONALIDAD EN TÉRMINOS DE SU COMPORTAMIENTO, ACTITUDES Y HUMOR USUALES, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES EN QUE USUALMENTE PARTICIPA, CLASES DE PERSONAS CON LAS CUALES DISFRUTA PASAR EL TIEMPO, ETC.

DESCRIBA SUS HABILIDADES/TALENTOS, PASATIEMPOS, Y METAS EN LA VIDA

DESCRIBA CÓMO ERA DURANTE SU NIÑEZ

## E. PREGUNTAS SOBRE ADOPCIÓN

¿CUÁL ES SU RELIGIÓN? _____

¿ESTÁ USTED DISPUESTA A QUE CRÍEN A SU HIJO EN LA RELIGIÓN DE LOS PADRES ADOPTIVOS, SI ES DIFERENTE DE LA SUYA? ☐ SÍ ☐ NO

SI LA RESPUESTA ES "NO", ¿EN QUÉ RELIGIÓN DESEA USTED QUE CRÍEN A SU HIJO? _____

¿POR QUÉ COLOCÓ A ESTE NIÑO PARA ADOPCIÓN? *(POR FAVOR CONTESTE LO MEJOR QUE PUEDA. ESTA PREGUNTA ES LA QUE MÁS FRECUENTEMENTE HACEN LOS ADULTOS ADOPTADOS A LAS OFICINAS/AGENCIAS DE ADOPCIONES.)*

SI NO SE COLOCÓ A SU HIJO PARA ADOPCIÓN AL NACER, DÉ LA INFORMACIÓN SOBRE SU CUIDADO, SALUD Y DESARROLLO ANTES DE LA COLOCACIÓN.

¿QUÉ LE PARECERÍA SI EL NIÑO ADOPTADO, CUANDO LLEGUE A LA EDAD ADULTA, SE PUSIERA EN CONTACTO CON USTED?

## F. HISTORIAL DE LA MENSTRUACIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA E HISTORIAL DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO

| 1. HISTORIAL DE LA MENSTRUACIÓN | ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO COMENZÓ A MENSTRUAR? | ¿CUÁNTO LE DURA USUALMENTE SU PERÍODO? | ¿ES USTED REGULAR? ☐ SÍ ☐ NO | NO. DE DÍAS EN EL CICLO |
|---|---|---|---|---|

¿TIENE PROBLEMAS CON SUS MENSTRUACIONES?

☐ SÍ ☐ NO SI CONTESTA "SÍ", EXPLIQUE:

**2. ESTE EMBARAZO**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL OBSTETRA QUE LE PROPORCIONÓ CUIDADO PRENATAL

NOMBRE DEL OBSTETRA DIRECCIÓN CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

| ¿CUÁNDO COMENZÓ EL CUIDADO PRENATAL? | ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SALIÓ EMBARAZADA? | ¿NÚMERO DE SEMANAS DE ESTE EMBARAZO? | CLASE DE NACIMIENTO: ☐ ÚNICO ☐ MÚLTIPLE ☐ SI MÚLTIPLE, ¿CUÁNTOS? |
|---|---|---|---|

¿HUBO COMPLICACIONES DURANTE ESTE EMBARAZO? ☐ SÍ ☐ NO

SI CONTESTA "SÍ", EXPLIQUE:_____

¿HA DADO A LUZ A OTROS NIÑOS? ☐ SÍ ☐ NO

SI CONTESTA "SÍ", ¿A CUANTOS? _____

**3. CONDICIONES DURANTE ESTE EMBARAZO**

RUBÉOLA ☐ SÍ ☐ NO

INFECCIONES ☐ SÍ ☐ NO

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE:

☐ HERPES ☐ GONORREA ☐ SÍFILIS

☐ CHLAMIDIA ☐ VERRUGAS GENITALES

VIRUS (p. ej., influenza) ☐ SÍ ☐ NO

ACCIDENTES..... ☐ SÍ ☐ NO

SI CONTESTA "SÍ" A CUALQUIER PREGUNTA ANTERIOR, ESPECIFIQUE LA CLASE DE CONDICIÓN, FECHAS, Y CLASE DE TRATAMIENTO.

**4. DROGAS/MEDICAMENTOS QUE TOMÓ DURANTE ESTE EMBARAZO, ASÍ COMO LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES AL MISMO**

| **a. Medicamentos recetados: (dé los nombres)** | TOMADOS DURANTE ESTE EMBARAZO (*Marque ✔ bajo la columna apropiada.*) | | TOMADOS DURANTE LOS ÚLT. 12 MESES ANT. AL EMB. | | ¿CUÁNDO? | ¿CON QUÉ FRECUENCIA? | ¿CANTIDAD? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SÍ | NO | SÍ | NO | | | |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| **b. Medicamentos no recetados: [incl. aspirina, gotas para la nariz, etc.]** | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| **c. Alcohol y otras substancias:** | | | | | | | |
| 1. Alcohol (vino, cerveza, etc.) | | | | | | | |
| 2. Anfetaminas (estimulantes) | | | | | | | |
| 3. Barbitúricos (depresivos) | | | | | | | |
| 4. Tabaco | | | | | | | |
| 5. Cocaína | | | | | | | |
| 6. Cocaína fumable (*crack*) | | | | | | | |
| 7. Heroína | | | | | | | |
| 8. LSD* | | | | | | | |
| 9. PCP** | | | | | | | |
| 10. Mariguana | | | | | | | |
| 11. Otra (especifique) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

¿Alguna vez ha usado drogas inyectadas en la vena? ☐ SÍ ☐ NO

*Lisérgida o dietilamida del ácido lisérgico. **Fenciclidina, una droga alucinógena.

## G. HISTORIAL PERSONAL DE SALUD

DESCRIBA SU SALUD EN GENERAL:

¿QUÉ ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ HA TENIDO?
SARAMPIÓN: ☐ RUBÉOLA (3 DÍAS) ☐ PAPERAS ☐ FIEBRE DEL HENO ☐ INFECCIONES DE OÍDOS ☐ FIEBRE REUMÁTICA ☐ FIEBRE REUMÁTICA
☐ RUBÉOLA (2 SEMAN.) ☐ VARICELA/VIRUELA ☐ ROSÉOLA ☐ ENCEFALITIS ☐ SOPLO CARDIACO ☐ INFECCIONES DE LA ORINA/VEJIGA
☐ ASMA ☐ MENINGITIS ☐ FIEBRE ESCARLATINA ☐ OTRA (especifique) _____

¿HA TENIDO CIRUGÍA MAYOR?
☐ SÍ ☐ NO SI CONTESTA "SÍ", ¿PARA CUÁL CONDICIÓN/Y CUÁNDO?

¿ES USTED
☐ GEMELA? ☐ TRILLIZA? ☐ MIEMBRO DE OTRO NACIMIENTO MÚLTIPLE?

¿ES USTED UNA
☐ GEMELA IDÉNTICA? ☐ GEMELA NO IDÉNTICA?

## H. HISTORIAL DE LA FAMILIA

¿SE LE ADOPTÓ A USTED O A ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA INMEDIATA?
☐ SÍ ☐ NO SI CONTESTA "SÍ", POR FAVOR DIGA QUIÉN: _____

| | SU PADRE BIOLÓGICO | SU MADRE BIOLÓGICA |
|---|---|---|
| Edad actual | | |
| Si ha muerto, la edad al morir | | |
| Causa de la muerte | | |
| Estatura y peso | ESTATURA / PESO | ESTATURA / PESO |
| Color y textura del pelo | | |
| Color de ojos | | |
| Color de piel | | |
| ¿Usa la mano derecha o la mano izquierda para escribir? | | |
| Rasgos sobresalientes | | |
| Educación completada | | |
| Ocupación | | |
| Raza/grupo étnico | ☐ BLANCO ☐ HISPANO ☐ NEGRO ☐ FILIPINO ☐ ASIÁTICO O ISLEÑO DEL PACÍFICO ☐ OTRO (especifique) ☐ INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS (INCLUYE ALASKA) | ☐ BLANCO ☐ HISPANO ☐ NEGRO ☐ FILIPINO ☐ ASIÁTICO O ISLEÑO DEL PACÍFICO ☐ OTRO (especifique) ☐ INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS (INCLUYE ALASKA) |
| Nacionalidad | | |
| Religión | | |
| ¿Sabía este(a) padre/madre del embarazo de usted? | ☐ **SÍ** ☐ **NO** | ☐ **SÍ** ☐ **NO** |
| ¿Cuántos hermanos tuvo él/ella? | | |
| Si cualquiera de los tíos de usted ha muerto, dé la edad al morir y la causa de la muerte. | | |

| | LOS PADRES DEL PADRE DE USTED | | LOS PADRES DE LA MADRE DE USTED | |
|---|---|---|---|---|
| | **PADRE** | **MADRE** | **PADRE** | **MADRE** |
| Edad | | | | |
| Si ha muerto, la edad al morir y la causa de la muerte | | | | |
| Describa su apariencia física | | | | |
| Estatura y peso | ESTATURA / PESO | ESTATURA / PESO | ESTATURA / PESO | ESTATURA / PESO |
| Razgos sobresalientes | | | | |
| Educación completada | | | | |
| Ocupación actual o anterior | | | | |
| ¿Sabía del embarazo de usted? | ☐ **SÍ** ☐ **NO** | ☐ **SÍ** ☐ **NO** | ☐ **SÍ** ☐ **NO** | ☐ **SÍ** ☐ **NO** |

## H. HISTORIAL DE LA FAMILIA: (continuación)

### LOS HERMANOS Y HERMANAS DE USTED

*(Si tiene más de 4 hermanos, por favor use papel adicional.)*

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Sexo (masculino o femenino) | | | | |
| Edad | | | | |
| Si ha muerto, la edad al morir y la causa de la muerte | | | | |
| ¿Hermano(a) o medio(a) hermano(a)? | ☐ HERM.(A) ☐ MEDIO(A) | ☐ HERM.(A) ☐ MEDIO(A) | ☐ HERM.(A) ☐ MEDIO(A) | ☐ HERM.(A) ☐ MEDIO(A) |
| Estatura y peso | ESTATURA / PESO | ESTATURA / PESO | ESTATURA / PESO | ESTATURA / PESO |
| Color y textura del pelo | | | | |
| Color de ojos | | | | |
| Color de piel | | | | |
| Pasatiempos y habilidades/talentos . | | | | |
| Último grado que completó en la esc. | | | | |
| ¿Asiste ahora a la escuela? | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO |
| Ocupación | | | | |
| ¿Sabía del embarazo? | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO |
| Estado civil | | | | |
| Número de niños que tiene | | | | |
| Salud de los niños de él/ella | | | | |

### LOS OTROS HIJOS DE USTED

*(Si tiene más de 4 hijos, por favor use papel adicional.)*

| | NIÑO #1 | NIÑO #2 | NIÑO #3 | NIÑO #4 |
|---|---|---|---|---|
| Indique si es hijo o hija | | | | |
| Fecha de nacimiento o edad ..... | | | | |
| ¿Es este niño hermano(a) o medio(a) hermano(a) del niño por adoptar? | ☐ HERM.(A) ☐ MEDIO(A) | ☐ HERM.(A) ☐ MEDIO(A) | ☐ HERM.(A) ☐ MEDIO(A) | ☐ HERM.(A) ☐ MEDIO(A) |
| Si ha muerto, la edad al morir | | | | |
| Causa de la muerte | | | | |
| Estatura y peso | ESTATURA / PESO | ESTATURA: / PESO | ESTATURA / PESO | ESTATURA / PESO |
| Color y textura del pelo | | | | |
| Color de ojos | | | | |
| Color de piel | | | | |
| Zurdo o diestro | | | | |
| Grado escolar | | | | |
| ¿Vive con usted este niño? | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO |
| Pasatiempos y habilidades/talentos . | | | | |
| Salud en general | | | | |
| Cirugía extensa | | | | |
| Problemas de salud | | | | |
| ¿Sabía este niño del embarazo de usted? | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO | ☐ SÍ ☐ NO |

## I. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, SUS PADRES Y OTROS PARIENTES

Indique marcando la casilla apropiada si usted o cualquier pariente *(es decir, sus padres, hermanas, hermanos, tías, tíos, abuelos, otros hijos que usted tuvo, etc.)* han tenido o tienen ahora las condiciones médicas que se mencionan a continuación. Indique el parentesco de la persona con usted. Por favor complete la sección "Comentarios". Si alguna condición médica resultó en la muerte de algún miembro de la familia, indique esto en la sección "Comentarios", así como la edad aproximada de la persona en el momento de la muerte.

| CONDICIÓN MÉDICA | NO | No se sabe | SÍ Yo | SÍ - PARIENTE *(Especifique el parentesco.)* | COMENTARIOS |
|---|---|---|---|---|---|
| A. IMPEDIMENTOS CONGÉNITOS<br>1. Pié deforme *(clubfoot)* o cualquier problema ortopédico (es decir, pié plano, etc.) | | | | | |
| 2. Labio leporino (partido) o paladar partido | | | | | |
| 3. Síndrome de Down | | | | | |
| 4. Otra anomalía cromosomal | | | | | |
| 5. Hidrocéfalo | | | | | |
| 6. Distrofia muscular | | | | | ¿Partes del cuerpo afectadas? ¿Edad en que comenzó? |
| 7. Enanismo | | | | | |
| 8. Espina bífida | | | | | |
| 9. Defecto congénito del corazón | | | | | |
| 10. Anemia falciforme *(sickle cell anemia)* | | | | | |
| 11. Enfermedad de Tay-Sachs | | | | | |
| B. ALERGIAS<br>1. Eczema u otra condición cutánea | | | | | ¿Alergia a qué? ¿Qué tratamiento o medicamento? |
| 2. Fiebre del heno u otra alergia | | | | | |
| 3. Alergia a medicamentos | | | | | ¿A qué medicamentos? |
| 4. Alergia a ciertos alimentos | | | | | ¿A qué alimentos? |
| C. TRASTORNOS DENTALES, DE LOS OJOS, DEL OÍDO Y DEL DESARROLLO<br>1. Ceguera, glaucoma, daltonismo (imposibilidad de distinguir colores) u otros problemas visuales | | | | | |
| 2. Lentes correctivos o lentes de contacto | | | | | ¿A qué edad se necesitaron los lentes recetados? |
| Miopía<br>Hiperopía | | | | | |
| Astigmatismo (incapacidad para enfocar) | | | | | |
| Estrabismo (bizquera) | | | | | |
| Otro (explique) | | | | | |
| 3. Frenos en los dientes u otro trabajo de ortodoncia | | | | | Si marca "SÍ", ¿qué clase de trabajo de ortodoncia y por cuánto tiempo? |

## I. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, SUS PADRES Y OTROS PARIENTES: *(continuación)*

| CONDICIÓN MÉDICA | NO | No se sabe | SÍ Yo | SÍ - PARIENTE *(Especifique el parentesco.)* | COMENTARIOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. Sordera u otros problemas del oído | | | | | Si contesta "SÍ", indique la edad en que comenzó. ¿Educación especial? |
| 5. Problemas del habla | | | | | |
| 6. Problema de aprendizaje | | | | | ¿Hubo diagnóstico? ¿Hospitalización? |
| 7. Discapacidad de desarrollo | | | | | |
| D. TRASTORNOS DE LA CIRCULACIÓN<br>1. Hemofilia | | | | | |
| 2. Anemia falciforme o característica de anemia falciforme | | | | | |
| 3. Hipertensión (presión alta) | | | | | ¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización? |
| 4. Derrame cerebral | | | | | |
| 5. Ataque al corazón (coronario) | | | | | |
| 6. Artritis | | | | | ¿Qué clase? ¿Edad en que comenzó? ¿Qué parte del cuerpo? |
| 7. Enfermedad de los riñones | | | | | ¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? |
| E. TRASTORNOS HORMONALES<br>1. Diabetes | | | | | ¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? |
| 2. Trastornos de la tiroides | | | | | |
| 3. Obesidad (peso excesivo) | | | | | |
| F. TRASTORNOS RESPIRATORIOS<br>1. Asma | | | | | ¿Alguna causa (conocida)? ¿Qué tratamiento? |
| 2. Enfisema | | | | | ¿Edad en que comenzó? |
| 3. Tuberculosis | | | | | ¿Edad en que comenzó? ¿Qué clase? ¿Qué parte del cuerpo? |
| G. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO<br>1. Esquizofrenia diagnosticada | | | | | ¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización? |
| 2. Trastorno bipolar diagnosticado | | | | | |
| 3. Otra enfermedad mental. Describa, usando una página adicional si es necesario. | | | | | |
| 4. Alcoholismo o el tomar demasiado | | | | | |
| 5. Uso de drogas | | | | | ¿Tipo, cantidad, y cuándo las tomó? |

## I. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, SUS PADRES Y OTROS PARIENTES: *(continuación)*

| CONDICIÓN MÉDICA | NO | NO SÉ | SÍ YO | SÍ - PARIENTE *(Especifique el parentesco.)* | COMENTARIOS |
|---|---|---|---|---|---|
| H. TRASTORNOS LINFÁTICOS<br>1. Cáncer | | | | | ¿Qué clase? ¿Edad en que comenzó? ¿Qué parte del cuerpo? |
| 2. Tumores | | | | | |
| 3. Fibrosis cística | | | | | |
| 4. Enfermedad de Hodgkin | | | | | |
| I. TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO<br>1. Esclerosis múltiple | | | | | ¿Partes del cuerpo afectadas? ¿Edad en que comenzó? |
| 2. Enfermedad de Huntington | | | | | |
| 3. Parálisis cerebral | | | | | |
| 4. Ataques o convulsiones | | | | | ¿Edad en que comenzaron? ¿Qué tratamiento? ¿Frecuencia? |
| 5. Epilepsia | | | | | |
| J. INFECCIÓN, HOSPITALIZACIÓN<br>1. Ataques repetidos de fiebre con infección conocida | | | | | ¿Diagnóstico? |
| 2. Infección grave repetida que necesitó hospitalización | | | | | |
| 3. Hospitalización, operación, o lesión | | | | | ¿Para qué? ¿Cuándo? |
| K. OTROS PROBLEMAS MÉDICOS O DE LA SALUD | | | | | |