

NÚMERO DEL CASO ESTATAL:
--------------------------

## CUESTIONARIO SOBRE ADOPCIÓN INDEPENDIENTE

INFORMACIÓN QUE SE REQUIERE EN EL ASUNTO DE LA ADOPCIÓN DE:

NOMBRE DEL NIÑO(A):
NOMBRE ADOPTIVO DEL NIÑO(A):

NOMBRE DEL PRIMER PETICIONARIO(A):
NOMBRE DEL SEGUNDO PETICIONARIO(A):

Estimado peticionario(a)(s):

Complete este **“Cuestionario sobre adopción independiente” (AD 9)** y el **“Cuestionario I sobre adopción” (AD 4324)** (para ser completados individualmente) y **devuélvalos antes de que pase una semana.**

Gracias.

(NOMBRE DE LA OFICINA DISTRITAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA [CDSS] O NOMBRE DE LA OFICINA DE ADOPCIONES DELEGADA DEL CONDADO)

**(Por favor, complete este formulario lo mejor que pueda, escribiendo “N/A” [que significa “no es aplicable”] o “no sé” donde sea apropiado.)**

## I. INFORMACIÓN SOBRE EL PRIMER PETICIONARIO(A)

APELLIDO		NOMBRE		NOMBRE DE EN MEDIO		SEXO
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO	RAZA	RELIGIÓN		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR	EDUCACIÓN (ÚLTIMO GRADO COMPLETADO)	OCUPACIÓN	SALARIO MENSUAL \$		
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		¿CUÁNTO TIEMPO EN ESTE EMPLEO?	HORAS DE TRABAJO		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
		¿ES USTED CIUDADANO(A) DE LOS EE. UU.*? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE SU LLEGADA A LOS EE. UU.		FECHA DE SU LLEGADA A CALIFORNIA	
SI USTED ESTÁ NATURALIZADO FECHA: LUGAR: NÚMERO:		¿ES USTED RESIDENTE PERMANENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE REGISTRO COMO PERSONA NO CIUDADANA A-			
¿SERVICIO MILITAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE SERVICIO:	FECHA DE SEPARACIÓN DEL SERVICIO MILITAR: <input type="checkbox"/> HONORABLE <input type="checkbox"/> DESHONORABLE			

### A. ANTECEDENTES PENALES

1) ¿Ha sido usted detenido alguna vez por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique los cargos y cualquier condena:

---



---



---

2) ¿Está usted actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

3) ¿Ha sido usted investigado alguna vez por alegaciones de abuso o descuido de niños?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

4) ¿Ha sido usted reportado alguna vez por alegaciones de violencia doméstica?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias y el resultado:

---



---



---

### B. MATRIMONIOS/RELACIONES DOMÉSTICAS REGISTRADAS (RDP) ANTERIORES

NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO(A)/PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA ANTERIOR (nombre de soltera, si es pertinente, y dirección actual)	CONDADO/ESTADO DONDE SE EXPIDIÓ LA LICENCIA/REGISTRO	MATRIMONIO/RDP (fecha y lugar)	DIVORCIO/TERMINACIÓN DE LA RDP (fecha y lugar)	MUERTE (fecha y lugar)

**C. HIJOS NACIDOS ANTES DEL MATRIMONIO/RELACIÓN DOMÉSTICA REGISTRADA ACTUAL**

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	EDUCACIÓN (nombre y dirección de la escuela y grado)	CONDICIONES DE SALUD	SI ES ADOPTADO (lugar, fecha, oficina/agencia)

1) ¿Alguna vez ha sido detenido alguno de sus hijos por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique los cargos y cualquier condena:

---



---



---

2) ¿Alguno de sus hijos está actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

3) ¿Alguna vez ha sido investigado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de abuso o descuido de niños?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

4) ¿Alguna vez ha sido reportado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de violencia doméstica?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias y el resultado:

---



---



---

**D. HISTORIAL FAMILIAR**

NOMBRE DEL PARIENTE	DIRECCIÓN	EDUCACIÓN (último grado completado)	OCUPACIÓN	EDAD	CONDICIONES DE SALUD	FECHA DE MUERTE (si ya murió)
PADRE						
MADRE						
HERMANO(A)						
HERMANO(A)						
HERMANO(A)						

## II. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUNDO PETICIONARIO(A)

APELLIDO		NOMBRE		NOMBRE DE EN MEDIO		SEXO
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO	RAZA	RELIGIÓN		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR	EDUCACIÓN (ÚLTIMO GRADO COMPLETADO)	OCUPACIÓN	SALARIO MENSUAL \$		
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		¿CUÁNTO TIEMPO EN ESTE EMPLEO?	HORAS DE TRABAJO		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
		¿ES USTED CIUDADANO(A) DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE SU LLEGADA A LOS EE. UU.		FECHA DE SU LLEGADA A CALIFORNIA	
SI USTED ESTÁ NATURALIZADO FECHA: LUGAR: NÚMERO:		¿ES USTED RESIDENTE PERMANENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE REGISTRO COMO PERSONA NO CIUDADANA A-			
¿SERVICIO MILITAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		FECHA DEL SERVICIO:	FECHA DE SEPARACIÓN DEL SERVICIO MILITAR: <input type="checkbox"/> HONORABLE <input type="checkbox"/> DESHONORABLE			

### A. ANTECEDENTES PENALES

1) ¿Ha sido usted detenido alguna vez por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique los cargos y cualquier condena:

---



---



---

2) ¿Está usted actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

3) ¿Ha sido usted investigado alguna vez por alegaciones de abuso o descuido de niños?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

4) ¿Ha sido usted reportado alguna vez por alegaciones de violencia doméstica?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias y el resultado:

---



---



---

### B. MATRIMONIOS/RELACIONES DOMÉSTICAS REGISTRADAS (RDP) ANTERIORES

NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO(A)/PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA ANTERIOR (nombre de soltera, si es pertinente, y dirección actual)	CONDADO/ESTADO DONDE SE EXPIDIÓ LA LICENCIA/REGISTRO	MATRIMONIO/RDP (fecha y lugar)	DIVORCIO/TERMINACIÓN DE LA RDP (fecha y lugar)	MUERTE (fecha y lugar)

**C. HIJOS NACIDOS ANTES DEL MATRIMONIO/RELACIÓN DOMÉSTICA REGISTRADA ACTUAL**

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	EDUCACIÓN (nombre y dirección de la escuela y grado)	CONDICIONES DE SALUD	SI ES ADOPTADO (lugar, fecha, oficina/agencia)

1) ¿Alguna vez ha sido detenido alguno de sus hijos por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique los cargos y cualquier condena:

---



---



---

2) ¿Alguno de sus hijos está actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

3) ¿Alguna vez ha sido investigado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de abuso o descuido de niños?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

4) ¿Alguna vez ha sido reportado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de violencia doméstica?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias y el resultado:

---



---



---

**D. HISTORIAL FAMILIAR**

NOMBRE DEL PARIENTE	DIRECCIÓN	EDUCACIÓN (último grado completado)	OCUPACIÓN	EDAD	CONDICIONES DE SALUD	FECHA DE MUERTE (si ya murió)
PADRE						
MADRE						
HERMANO(A)						
HERMANO(A)						
HERMANO(A)						

### III. INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

DIRECCIÓN PARA EL CORREO	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	¿CUÁNTO TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN?
I. NÚMERO DEL TELÉFONO CELULAR (    )	II. NÚMERO DEL TELÉFONO CELULAR (    )	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA (    )
<b>Si ustedes son una pareja casada o una pareja doméstica registrada:</b> FECHA DEL MATRIMONIO/REGISTRO: LUGAR DEL MATRIMONIO/REGISTRO: (CIUDAD, CONDADO, Y ESTADO)		<b>Si ustedes no son una pareja casada:</b> ¿POR CUÁNTO TIEMPO HAN TENIDO ESTA RELACIÓN/RELACIÓN DOMÉSTICA? ¿HAN REGISTRADO ESTA RELACIÓN DOMÉSTICA CON EL SECRETARIO DEL ESTADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    SI CONTESTA "SÍ", DÉ LA FECHA DE REGISTRO: _____

DESCRIBA SU HOGAR (INCLUYA EL NÚMERO DE RECÁMARAS Y BAÑOS):

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU HOGAR:

¿HA TENIDO ALGUNA(S) COLOCACIÓN PARA EL PROPÓSITO DE ADOPCIÓN ANTERIORMENTE?     SÍ    NO    SI CONTESTA "SÍ", POR FAVOR DESCRIBA:

¿ALGUNA VEZ HA PRESENTADO UNA SOLICITUD CON OTRA OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES?     SÍ    NO

SI CONTESTA "SÍ", ¿CUÁNDO Y CUÁL ES EL NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA?

#### A. HIJOS DE LOS PETICIONARIOS

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	EDUCACIÓN (nombre y dirección de la escuela y grado)	CONDICIONES DE SALUD	SI ES ADOPTADO (lugar, fecha, oficina/agencia)

1) ¿Alguna vez ha sido detenido alguno de sus hijos por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico?     SÍ    NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique los cargos y cualquier condena:

2) ¿Alguno de sus hijos está actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)?     SÍ    NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

3) ¿Alguna vez ha sido investigado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de abuso o descuido de niños?     SÍ    NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

4) ¿Alguna vez ha sido reportado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de violencia doméstica?     SÍ    NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias y el resultado:

**B. OTROS MIEMBROS DEL HOGAR**

NOMBRE COMPLETO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN/PARENTESCO CON LA FAMILIA	OCUPACIÓN

1) ¿Alguna vez ha sido detenido alguno de estos miembros del hogar por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique los cargos y cualquier condena:

---



---



---

2) ¿Está actualmente bajo libertad condicional (*probation o parole*) alguno de estos miembros del hogar?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

3) ¿Alguna vez ha sido investigado alguno de estos miembros del hogar por alegaciones de abuso o descuido de niños?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias:

---



---



---

4) ¿Alguna vez ha sido reportado alguno de estos miembros del hogar por alegaciones de violencia doméstica?  SÍ  NO  
Si contesta "SÍ", por favor explique las circunstancias y el resultado:

---



---



---

**IV. INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES BIOLÓGICOS/LEGALES**

MADRE BIOLÓGICA/LEGAL		PADRE BIOLÓGICO/LEGAL	
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO)		NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO)	
NOMBRE DE SOLTERA O NOMBRES SUPUESTOS		NOMBRES SUPUESTOS	
GRUPO ÉTNICO, RAZA	FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO, RAZA	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN	
NÚMERO DE TELÉFONO (    )		NÚMERO DE TELÉFONO (    )	

**A. DETALLES SOBRE LA COLOCACIÓN**

DESCRIBA COMPLETAMENTE CÓMO USTED PRIMERO SE ENTERÓ DEL NIÑO(A), SI Y CUÁNDO CONOCIÓ A LOS PADRES BIOLÓGICOS/LEGALES, Y CÓMO CONSIGUIÓ A ESTE NIÑO PARA ADOPCIÓN. INCLUYA INFORMACIÓN ESPECÍFICA PERTENECIENTE A LA TRANSFERENCIA DE LA PATRIA POTESTAD (CUSTODIA) DEL NIÑO, ASÍ COMO EL NOMBRE DE CUALQUIER INTERMEDIARIO INVOLUCRADO.

---



---

**B. GASTOS RELACIONADOS CON LA ADOPCIÓN**

HOSPITAL	PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ADOPCIÓN	MÉDICO	ABOGADO	PADRE/MADRE BIOLÓGICO/LEGAL	OTRO

**C. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO(A)(S) POR ADOPTAR**

NIÑO #1				NIÑO #2			
NOMBRE DEL NIÑO				NOMBRE DEL NIÑO			
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	FECHA DE LA COLOCACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	FECHA DE LA COLOCACIÓN
NOMBRE DEL HOSPITAL				NOMBRE DEL HOSPITAL			
DIRECCIÓN DEL HOSPITAL				DIRECCIÓN DEL HOSPITAL			
MÉDICO QUE LO ATENDIÓ				MÉDICO QUE LO ATENDIÓ			
ESTATURA	PESO	COLOR DE LOS OJOS	COLOR DEL PELO	ESTATURA	PESO	COLOR DE LOS OJOS	COLOR DEL PELO
¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONOCIDO EL NIÑO POR OTRO NOMBRE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONOCIDO EL NIÑO POR OTRO NOMBRE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
EDAD ACTUAL		PESO ACTUAL		EDAD ACTUAL		PESO ACTUAL	
¿CREE QUE EL NIÑO FUE EXPUESTO AL ALCOHOL O A LAS DROGAS DURANTE EL EMBARAZO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿CREE QUE EL NIÑO FUE EXPUESTO AL ALCOHOL O A LAS DROGAS DURANTE EL EMBARAZO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿CREE O SOSPECHA QUE EL NIÑO FUE SUJETO A ABUSO FÍSICO, SEXUAL, O EMOCIONAL O A DESCUIDO ANTES DE SER COLOCADO EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿CREE O SOSPECHA QUE EL NIÑO FUE SUJETO A ABUSO FÍSICO, SEXUAL, O EMOCIONAL O A DESCUIDO ANTES DE SER COLOCADO EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
SI CONTESTA "SÍ", POR FAVOR PROPORCIONE DETALLES:				SI CONTESTA "SÍ", POR FAVOR PROPORCIONE DETALLES:			

DESCRIBA BREVEMENTE CÓMO SE ESTÁ AJUSTANDO EL NIÑO(S) A SU HOGAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESCRIBA LOS ARREGLOS ACTUALES PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y LOS ARREGLOS QUE SE PLANEAN PARA EL FUTURO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESCRIBA CUALQUIER PLAN QUE EXISTA PARA EL ENTRENAMIENTO RELIGIOSO DEL NIÑO(S):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. INFORMACIÓN ESCOLAR (COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EL NIÑO[A][S] ASISTE A LA ESCUELA)**

NOMBRE DE LA ESCUELA		NOMBRE DE LA ESCUELA	
DIRECCIÓN DE LA ESCUELA		DIRECCIÓN DE LA ESCUELA	
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA ESCUELA ( )	GRADO	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA ESCUELA ( )	GRADO
NOMBRE REGISTRADO	NOMBRE DEL MAESTRO(A)	NOMBRE REGISTRADO	NOMBRE DEL MAESTRO(A)



**V. INFORMACIÓN SOBRE SUS FINANZAS**

**INGRESOS MENSUALES**

**SALARIO BRUTO**

Primer petionario(a) ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Segundo petionario(a) ..... \$ \_\_\_\_\_

**SALARIO NETO**

Primer petionario(a) ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Segundo petionario(a) ..... \$ \_\_\_\_\_

**OTROS INGRESOS** (intereses, bienes, dividendos, etc.) ..... \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DE INGRESOS BRUTOS** \$ \_\_\_\_\_

**GASTOS MENSUALES**

Vivienda (incluya impuestos, seguro, y servicios públicos y municipales) ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Comida/ropa ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Obligaciones legales (mantenimiento de hijos, pensión por separación o divorcio, etc.) ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Gastos extraordinarios ..... \$ \_\_\_\_\_

**PAGOS MENSUALES POR DEUDAS DE CONSUMIDOR**

ARTÍCULO	FECHA FINAL	SALDO QUE SE DEBE	PAGO MENSUAL
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
<b>TOTAL</b>		\$	\$

**Si usted es propietario(a) de su hogar, por favor indique lo siguiente:**

Precio de compra ..... \$ \_\_\_\_\_ Saldo que se debe ..... \$ \_\_\_\_\_

**RECURSOS ECONÓMICOS**

Ahorros ..... \$ \_\_\_\_\_ Inversiones ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Acciones, bonos ..... \$ \_\_\_\_\_ Bienes raíces ..... \$ \_\_\_\_\_  
 Otros recursos ..... \$ \_\_\_\_\_

Si usted trabaja por cuenta propia o si algún empleador no puede verificar los ingresos de usted por algún motivo, por favor adjunte una copia de su declaración de impuestos federales sobre los ingresos del año pasado.

El año pasado, presenté/presentamos una declaración de impuestos - estatales, así como federales - sobre los ingresos.

Sí  NO Si contesta "NO", indique la razón: \_\_\_\_\_

He/hemos tenido que declararme/declararnos en bancarrota.

Sí  NO Si contesta "SÍ", indique la razón: \_\_\_\_\_

POR FAVOR, USE ESTE ESPACIO PARA ANOTAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SUS FINANZAS QUE USTED CREE QUE EL DEPARTAMENTO DEBE SABER:

---



---

---

---

**VI. SEGURO**

¿Tiene su familia seguro de salud y hospitalización que cubre a todos los miembros de la familia?     SÍ     NO

Si contesta "SÍ", indique el nombre de la compañía de seguros y su dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y dirección del médico de la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y dirección del pediatra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué arreglos se harán para el cuidado médico del niño(a)(s)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Marque cada una de las siguientes clases de cobertura de seguro que tiene su familia y describa brevemente la cobertura de cada póliza.**

Seguro de vida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro contra incapacidad/discapacidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro para el automóvil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro para inquilinos/dueños de casas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras pólizas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:** La ley de California [Sección 1373(c) del Código de Salud y Seguridad, y las Secciones 10119, 10112, y 11512.1 del Código de Seguros] requiere que a partir del primero de enero de 1988, todos los planes de servicios de cuidado de la salud proporcionen cobertura contra accidentes y enfermedad a cada menor colocado para adopción vigente desde el momento en que se coloque al niño(a) en la custodia física del subscritor que tiene cobertura o de la persona que se registra para efectuar una adopción.

---

---

## VII. SEGURIDAD AMBIENTAL

Lo siguiente es una lista de asuntos y prácticas de seguridad. Por favor marque cada asunto y/o práctica que sea pertinente a su hogar. Si algún asunto/práctica no es aplicable a su hogar, por favor escriba "N/A".

- Todos los medicamentos están cerrados bajo llave o almacenados de una manera que les impide el acceso a los niños.
- En conformidad con la ley estatal, en nuestros automóviles se usan cinturones de seguridad, así como asientos especiales portátiles y sistemas de restricción aprobados, designados para niños y bebés.
- Se usan detectores de humo que funcionan en las recámaras y en áreas que presentan un riesgo de incendio.
- Está a la mano, lleno y cargado, para uso en caso de emergencia, un extinguidor para toda clase de fuegos.
- No se guardan en áreas de almacenaje de alimentos, ni están al alcance de niños pequeños, productos de limpieza, insecticidas, ni otras sustancias tóxicas.
- Hemos impedido que los niños tengan contacto con todas las superficies calientes, como las estufas para leña o las que se adaptan en las chimeneas, usando mallas metálicas u otras barreras protectoras.
- Tenemos un sistema séptico/de alcantarillado/desagüe adecuado.
- Las tomas eléctricas y los portalámparas (*sockets*) están cubiertos o protegidos para prevenir los choques eléctricos.
- El alambrado eléctrico está cubierto.
- No se usan literas (*bunkbeds*) para niños que tienen menos de cinco años de edad.
- La temperatura del calentador de agua se mantiene entre los 105 - 120 grados Fahrenheit.
- Nuestra familia tiene, y todos los miembros de la familia están familiarizados con, un plan de evacuación en caso de incendio.
- Nuestras mascotas están libres de enfermedades y no presentan ningún riesgo físico ni de salud para los niños.
- En nuestro hogar hay un botiquín de primeros auxilios.
- En nuestros automóviles hay un botiquín de primeros auxilios.
- Los adultos en el hogar han tomado una clase en resucitación cardiopulmonar.
- Todas las pistolas y municiones están cerradas bajo llave y las pistolas están descargadas con las agujas de percusión quitadas.
- La alberca/tina para hidromasaje (*hot tub* o *spa*) tiene uno de los siguientes: una cubierta aprobada para las albercas/tinas para hidromasaje o un cercado de cinco pies, construido alrededor de tal manera que no oculta la alberca/tina para hidromasaje de la vista y que incluye una puerta con cerrojo automático.
- Todas las escaleras tienen una barrera protectora u otro objeto para proteger a los bebés o niños pequeños de lesiones en las escaleras.
- Nuestro pozo ha sido certificado libre de impurezas por el departamento de salud o una compañía certificada de inspección del agua.

### VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN

Por favor dé el nombre y dirección de cuatro fuentes de información que no tienen parentesco con usted. Se sugiere que por lo menos una sea un socio de negocio que no sea un empleador, y por lo menos dos sean amigos (preferiblemente con hijos) que tienen conocimiento del ambiente en su hogar y de su estilo de vivir. No se permite dar como fuente de información a su abogado ni a su médico.

NOMBRE COMPLETO	OCUPACIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
					( )
					( )
					( )
					( )

AFIRMO/AFIRMAMOS QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE CUESTIONARIO ES VERDADERA Y CORRECTA, SEGÚN MI/NUUESTRO LEAL SABER Y ENTENDER, Y ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE ESTARÁ SUJETA A LA VERIFICACIÓN POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA (CDSS) O POR UNA OFICINA DE ADOPCIONES DELEGADA DEL CONDADO. ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE EL CDSS O LA OFICINA DE ADOPCIONES DELEGADA DEL CONDADO TIENE LA AUTORIDAD Y LA RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN A LOS PADRES BIOLÓGICOS/LEGALES QUE DAN SU CONSENTIMIENTO EN ESTA ADOPCIÓN CON RESPECTO A MI/NUUESTRA ADAPTABILIDAD PARA SER PADRE/MADRE PARA UN NIÑO(A) Y AL AJUSTE DEL MISMO EN MI/NUUESTRO HOGAR. ADEMÁS, AUTORIZO/AUTORIZAMOS AL CDSS O A LA OFICINA DE ADOPCIONES DELEGADA DEL CONDADO PARA OBTENER CUALQUIER INFORMACIÓN DE CUALQUIER OFICINA PÚBLICA Y/O AGENCIA PRIVADA SI ES NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO DE ADOPCIÓN.

FIRMA DEL PRIMER PETICIONARIO(A)	FECHA
FIRMA DEL SEGUNDO PETICIONARIO(A)	FECHA