

INFORMACIÓN ACERCA DEL PADRE BIOLÓGICO

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 67A 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 solicita en este formulario es necesaria para completar la adopción de su hijo.

SECCIÓN I — INFORMACIÓN ACERCA DEL PADRE BIOLÓGICO, QUE LO IDENTIFICA

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

A. NOMBRE/DIRECCIÓN

NOMBRE DEL PADRE BIOLÓGICO (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)			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)*			NÚMERO DE TELÉFONO PERMANENTE ()	
RESTRICCIONES PARA USAR LA DIRECCIÓN PERMANENTE PARA RECIBIR CORREO, SI LAS HAY				

B. PADRES DEL PADRE BIOLÓGICO (los padres que lo crían)

NOMBRE DE LA MADRE DEL PADRE BIOLÓGICO (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)			NOMBRE DEL PADRE DEL PADRE BIOLÓGICO (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		
DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD
ESTADO	CÓDIGO POSTAL		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿SABE SU MADRE ACERCA DE ESTA ADOPCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ			¿SABE SU PADRE ACERCA DE ESTA ADOPCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ		
SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED, ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU MADRE PARA QUE NOS AYUDE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED, ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU PADRE PARA QUE NOS AYUDE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

C. PATERNIDAD DEL MENOR

¿Ha estado casado usted alguna vez con la madre biológica del niño? Sí No

Si contesta "Sí", indique la fecha y el lugar del matrimonio: _____

Si se divorciaron, indique la fecha y el lugar del divorcio: _____

¿Han intentado casarse alguna vez usted y la madre biológica del niño? Sí No

Si contesta "Sí", explique: _____

¿Actualmente está casado con la madre biológica? Sí No

* 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.

D. OTROS HIJOS

¿Tiene otros hijos además del que se está adoptando? Sí No

Si contesta "Sí", complete lo siguiente:

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO		MARQUE (✓) SI ES PARIENTE CONSANGUÍNEO DEL NIÑO POR ADOPTAR		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	¿QUIÉN ESTÁ CUIDANDO A ESTE NIÑO? <i>(Especifique el parentesco que tiene con el niño.)</i>
	M	F	COMPLETO	MEDIO		
1.						
2.						
3.						
4.						

E. 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

F. 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

G. PREGUNTAS SOBRE ADOPCIÓN (solamente para adopciones independientes)

1. ¿Lo 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. ¿Cuánto pagaron? (Por favor indique si no lo sabe) _____
5. ¿Pagaron los padres adoptivos algunos de los gastos necesarios para vivir de la madre biológica?..... Sí No No sé
6. 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 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Edad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Religión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Raza o etnicidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Duración de matrimonio actual | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Número de matrimonios previos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| El área general donde viven (si se pide, su dirección). | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Empleo..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si acaso otros niños o adultos viven en el hogar de ellos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Niños que no residen en el hogar de ellos..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Alguna obligación de manutención de hijos con respecto a estos niños?..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Alguna vez han fallado en el cumplimiento de manutención de hijos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Alguna condición de salud que pudiera acortar su promedio de vida o disminuir sus actividades diarias normales?.... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Algún historial de arresto y condenas por delitos que no sean infracciones de tráfico?..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Les quitaron a niños bajo su cuidado debido al abuso o descuido de niños?..... | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

7. ¿Qué otra información adicional desea o necesita usted acerca de los padres adoptivos? _____

8. ¿Ha conocido usted a los padres adoptivos?..... Sí No

9. Si contesta "Sí", ¿qué tan bien los conoce? _____

FIRMA DEL PADRE BIOLÓGICO

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 DEL PADRE BIOLÓGICO, QUE NO LO 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 DEL PADRE BIOLÓGICO 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) <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> GRUESO <input type="checkbox"/> LACIO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> RIZADO <input type="checkbox"/> ESCASO
FECHA DE NACIMIENTO (AÑO SOLAMENTE)	LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO SOLAMENTE)	TIPO DE SANGRE	FACTOR Rh	TIPO DE CUERPO <input type="checkbox"/> HUESOS MEDIANOS <input type="checkbox"/> HUESOS GRANDES	<input type="checkbox"/> HUESOS CHICOS <input type="checkbox"/> HUESOS GRANDES ¿USA LA MANO DERECHA? <input type="checkbox"/> ¿USA LA MANO IZQUIERDA? <input type="checkbox"/>

RAZA/GRUPO ÉTNICO

Blanco Hispano Filipino Negro Asiático o isleño del Pacífico
 Indígena de los EE. UU. o de Alaska otro (*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? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO	CALIFICACIONES USUALES EN LA ESCUELA	OTRO ENTRENAMIENTO
-------------------------	--	--------------------------------------	--------------------

ACTIVIDADES FUERA DEL PLAN DE ESTUDIOS

MATERIAS EN QUE ESTÁ/ESTABA INTERESADO

C. OCUPACIÓN

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

¿CUÁLES SON SUS METAS OCUPACIONALES? (POR EJEMPLO: SER MAESTRO, SOLDADOR, DEPENDIENTE 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

F. 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 SEMANAS) 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 UN:

- GEMELO? TRILLIZO? MIEMBRO DE OTRO NACIMIENTO MÚLTIPLE?

¿ES USTED UN:

- GEMELO IDÉNTICO? GEMELO NO IDÉNTICO?

¿TOMÓ BEBIDAS ALCOHÓLICAS, FUMÓ TABACO, O USÓ DROGAS ILEGALES ANTES QUE SE HAYA ENGENDRADO EL NIÑO? SÍ NO

SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE DE SUBSTANCIA, POR CUÁNTO TIEMPO LO HIZO, Y CON QUÉ FRECUENCIA. _____

G. 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	<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO O ISLEÑO DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> OTRO (<i>ESPECIFIQUE</i>) <input type="checkbox"/> INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS O INDÍGENA DE ALASKA				<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO O ISLEÑO DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> OTRO (<i>ESPECIFIQUE</i>) <input type="checkbox"/> INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS O INDÍGENA DE ALASKA			
Nacionalidad								
Religión								
¿Sabía este(a) padre/madre del embarazo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

G. 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)?	<input type="checkbox"/> HERM.(A) <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
Ocupación								
¿Sabía del embarazo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> HERM.(A) <input type="checkbox"/> 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								
¿Usa la mano derecha o la mano izquierda para escribir?								
Grado escolar								
¿Vive con usted este niño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
Pasatiempos y habilidades/talentos								
Salud en general								
Cirugía extensa								
Problemas de salud								
¿Sabía este niño del embarazo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							

H. 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					
1. Pié deforme (<i>clubfoot</i>) 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 (<i>sickle cell anemia</i>)					
11. Enfermedad de Tay-Sachs					
B. ALERGIAS					¿Alergia a qué? ¿Qué tratamiento o medicamento?
1. Eczema u otra condición cutánea					
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					
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					
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?

H. 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					
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					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento?
1. Diabetes					
2. Trastornos de la tiroides					
3. Obesidad (peso excesivo)					
F. TRASTORNOS RESPIRATORIOS					¿Alguna causa (conocida)? ¿Qué tratamiento?
1. Asma					
2. Enfisema					¿Edad en que comenzó?
3. Tuberculosis					¿Edad en que comenzó? ¿Qué clase? ¿Qué parte del cuerpo?
G. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización?
1. Esquizofrenia diagnosticada					
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?

H. 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					¿Qué clase? ¿Edad en que comenzó? ¿Qué parte del cuerpo?
1. Cáncer					
2. Tumores					
3. Fibrosis cística					
4. Enfermedad de Hodgkin					
I. TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO					¿Partes del cuerpo afectadas? ¿Edad en que comenzó?
1. Esclerosis múltiple					
2. Enfermedad de Huntington					
3. Parálisis cerebral					
4. Ataques o convulsiones					¿Edad en que comenzaron? ¿Qué tratamiento? ¿Frecuencia?
5. Epilepsia					
J. INFECCIÓN, HOSPITALIZACIÓN					¿Diagnóstico?
1. Ataques repetidos de fiebre con infección conocida					
2. Infección grave repetida que necesitó hospitalización					
3. Hospitalización, operación, o lesión					¿Para qué? ¿Cuándo?
K. OTROS PROBLEMAS MÉDICOS O DE LA SALUD					