

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? <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 PONER NOS 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 PONER NOS 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

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? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "Sí", explique _____	

D. HISTORIAL DEL ESTADO CIVIL

1. ¿Está casada ahora? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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		MARQUE (✓) SI ES PARIENTE CONSANG. DEL NIÑO POR ADOPT. COMPLETO		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DE ESTE NIÑO (Especifique el parentesco que tiene con el niño.)
	M	F		MEDIO		
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) <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 CHICOS <input type="checkbox"/> HUESOS MEDIANOS <input type="checkbox"/> HUESOS GRANDES	¿USA LA MANO DERECHA? <input type="checkbox"/> ¿USA LA MANO IZQUIERDA? <input type="checkbox"/>

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? <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 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

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? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ÚNICO <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> SI MÚLTIPLE, ¿CUÁNTOS?
--------------------------------------	--	--------------------------------------	--

¿HUBO COMPLICACIONES DURANTE ESTE EMBARAZO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI CONTESTA "SÍ", EXPLIQUE:	¿HA DADO A LUZ A OTROS NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI CONTESTA "SÍ", ¿A CUÁNTOS? _____
--	--

3. CONDICIONES DURANTE ESTE EMBARAZO	RUBÉOLA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: <input type="checkbox"/> HERPES <input type="checkbox"/> GONORREA <input type="checkbox"/> SÍFILIS	VIRUS (p. ej., influenza) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	INFECCIONES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CHLAMIDIA <input type="checkbox"/> VERRUGAS GENITALES	ACCIDENTES..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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		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 sustancias:							
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. Marihuana							
11. Otra (especifique)							

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

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	<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 (especifique) <input type="checkbox"/> INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS (INCLUYE 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 (especifique) <input type="checkbox"/> INDÍGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS (INCLUYE ALASKA)	
Nacionalidad				
Religión				
¿Sabía este(a) padre/madre del embarazo de usted?	<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
Razgos sobresalientes				
Educación completada				
Ocupación actual o anterior				
¿Sabía del embarazo de usted?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(A)	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(A)	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(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	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Ocupación								
¿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
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)	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(A)	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(A)	<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								
Zurdo o diestro								
Grado escolar								
¿Vive con usted este niño?	<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
Pasatiempos y habilidades/talentos .								
Salud en general								
Cirugía extensa								
Problemas de salud								
¿Sabía este niño del embarazo de usted?	<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

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					
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?

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					
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?

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