

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-155**

DATE

05/25/2004

**TO:**  
County Welfare Director  
Supply Clerk / Forms Coordinator

**FROM:**  
Forms Management Unit  
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices  
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney  
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE AD 67 English & Spanish (8/01) - Information About The Birthmother

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 8/01	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse</b> <b>P.O. Box 980788</b> <b>West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<input type="checkbox"/> Other:	

**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted  Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse  Use new form effective 8/01

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

FORM IS NOW A MASTER ONLY. PRINT 8 1/2 X 11, TWO-SIDED.

Attached is a Reproducible Copy

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# INFORMATION ABOUT THE BIRTHMOTHER

CHILD'S NAME:		CASE NUMBER:
CASE WORKER'S NAME:	AGENCY'S NAME:	

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION:

- Print clearly - using ink.
- Complete all items. If you don't know the answer to an item, indicate "unknown".
- The AD 67 form is divided into two separate parts. Section I consists of "identifying" information and will be kept confidential. None of this information will be given to your adopted child or his/her adoptive parents unless you have given us written permission to do so. Section II consists of "nonidentifying" information. California Adoption Law requires that a copy of Section II which is medical, psychological and social information be given to the adoptive parents before the finalization of the adoption and upon written request of the adoptee when he/she reaches age 18.

## SECTION I — IDENTIFYING INFORMATION ABOUT BIRTHMOTHER

### A. NAME/ADDRESS:

BIRTHMOTHER'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)		MAIDEN NAME	OTHER NAMES KNOWN BY	
SOCIAL SECURITY NUMBER	DRIVER'S LICENSE NUMBER	DATE OF BIRTH (MO, DAY, YR)	BIRTHPLACE (CITY, STATE, COUNTRY)	
CURRENT ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)				TELEPHONE NUMBER (AREA CODE)          NUMBER
PERMANENT MAILING ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE) *				PERMANENT TELEPHONE NUMBER (AREA CODE)          NUMBER
RESTRICTIONS FOR USE OF PERMANENT MAILING ADDRESS, IF ANY				

### B. BIRTHMOTHER'S PARENTS - (The parents who raised you)

NAME OF BIRTHMOTHER'S MOTHER (FIRST, MIDDLE, LAST)			NAME OF BIRTHMOTHER'S FATHER (FIRST, MIDDLE, LAST)		
ADDRESS	STREET	CITY	ADDRESS	STREET	CITY
STATE	ZIP CODE		STATE	ZIP CODE	
DOES YOUR MOTHER KNOW OF THIS ADOPTION? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UNKNOWN			DOES YOUR FATHER KNOW OF THIS ADOPTION? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UNKNOWN		
IF IN THE FUTURE WE NEED TO LOCATE YOU, MAY WE CONTACT YOUR MOTHER FOR ASSISTANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			IF IN THE FUTURE WE NEED TO LOCATE YOU, MAY WE CONTACT YOUR FATHER FOR ASSISTANCE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		

### C. PATERNITY OF MINOR:

NAME OF CHILD'S BIRTHFATHER (FIRST, MIDDLE, LAST)	PERMANENT TELEPHONE NUMBER (AREA CODE)          NUMBER
LAST KNOWN ADDRESS (STREET, CITY, STATE, COUNTRY IF OUTSIDE U.S.A.)	

### D. MARITAL HISTORY:

1. Are you now married? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO    If Yes, what is your husband's name? _____ What is his address? _____ (FIRST, MIDDLE, LAST)
PRESENT MARRIAGE LICENSE SECURED IN (CITY, COUNTY, STATE)
PLACE OF MARRIAGE (CITY, COUNTY, STATE)                      DATE OF MARRIAGE (MO, DAY, YR)

\* NOTE: It is important that you notify the California Department of Social Services of any changes in your permanent mailing address.

2. Have you had any other marriages?  Yes  No If yes, then answer the following item:

NAME OF FORMER SPOUSE	WHERE MARRIAGE LICENSE ISSUED	DATE & PLACE OF MARRIAGE	DATE & PLACE OF DIVORCE	IF SPOUSE IS DECEASED, INDICATE DATE & PLACE OF DEATH	NO. OF CHILDREN BORN OF THE MARRIAGE
1.					
2.					
3.					

**E. OTHER CHILDREN:**

Do you have other children in addition to the child being adopted? .....  Yes  No  
 If Yes, complete the following item.

NAME OF CHILD	GENDER		CHECK (✓) IF BLOOD RELATED TO ADOPTEE FULL HALF	CHILD'S DATE OF BIRTH	WHO IS TAKING CARE OF THIS CHILD? (Specify caretaker's relation to child)
	M	F			
1.					
2.					
3.					
4.					

**F. AMERICAN INDIAN ANCESTRY:**

Does anyone in your family on your mother or father's side have any American Indian ancestry? .....  Yes  No  
 If yes, then complete the AD 4311 "Information on American Indian child".

If yes, what tribe(s)..... . What is the location of the tribe(s)..... .

Are you or your parents presently registered with the tribe or have any other ancestors ever been registered with the tribe?  Yes  No

If yes, what is your or their enrollment number(s)..... .

Have you, your parents, grandparents or any other ancestor ever had a Certificate of Degree of Indian Blood (CDIB)?  Yes  No

If yes, please attach a copy of the CDIB to this questionnaire.

**G. PSYCHOLOGICAL COUNSELING:**

Have you ever gone to a psychologist, psychiatrist, clinical social worker, mental health or behavioral health therapist for any emotional or psychological or behavioral problems you may have had?.....  Yes  No  
 If Yes, complete the following items.

DATE(S) AND REASONS FOR TREATMENT:

\_\_\_\_\_

NAME OF THERAPIST AND/OR AGENCY THAT PROVIDED TREATMENT: \_\_\_\_\_ LOCATION: \_\_\_\_\_

INDICATE MEDICATIONS PRESCRIBED DURING YOUR TREATMENT: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REASON FOR DISCONTINUANCE IF NO LONGER UNDER TREATMENT: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**H. ADOPTION QUESTIONS: (For Independent Adoptions Only)**

1. Are you represented by your own attorney during this adoption?.....  Yes  No

2. Is your attorney also the attorney for the adopting parents? .....  Yes  No  Unknown

3. How were the expenses for this pregnancy, prenatal care, and delivery paid? \_\_\_\_\_

4. Did the adopting parents pay any of your living expenses?.....  Yes  No

How much? \_\_\_\_\_

5. California Adoption Law states that birthparents who place a child for adoption must have personal knowledge of the following information about the prospective adoptive parents: their full legal name; age; religion; race or ethnicity; length of current marriage and number of previous marriages; employment; whether other children or adults live in their home; whether there are other children who do not reside in their home and the child support obligation for these children and any failure to meet these obligations; any health conditions that may shorten their life expectancy, or curtail their normal daily activities; any convictions for crimes other than minor traffic violation; any removals of children from their care due to child abuse or neglect; and their general area of residence, or if requested, their address.

6. Do you have at least this information about the adopting parents? .....  Yes  No

7. What additional information do you want or need about the adopting parents? \_\_\_\_\_

8. Have you met the adopting parents? .....  Yes  No

9. If Yes, how well acquainted are you with them? \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF BIRTHMOTHER \_\_\_\_\_ DATE FORM COMPLETED \_\_\_\_\_

The above information was provided by: (Check applicable box)

Birthmother  Birthfather  Other (explain) \_\_\_\_\_

CHILD'S NAME:	CASE NUMBER:
CASE WORKER'S NAME:	AGENCY'S NAME:

**SECTION II — NON IDENTIFYING INFORMATION ABOUT BIRTHMOTHER**

This information will be given to the adopting parents and will be available to your child. Please answer all questions as completely as possible.

**PART I — CHARACTERISTICS OF BIRTHMOTHER AT TIME OF ADOPTEE'S BIRTH**

**A. GENERAL INFORMATION AND PHYSICAL DESCRIPTION:**

HEIGHT	USUAL WEIGHT	EYE COLOR	SKIN COLOR	NATURAL HAIR COLOR	NATURAL HAIR TEXTURE (CHECK ALL THAT APPLY)
					<input type="checkbox"/> FINE <input type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> COARSE <input type="checkbox"/> STRAIGHT <input type="checkbox"/> WAVY <input type="checkbox"/> CURLY <input type="checkbox"/> BALDING
BIRTHDATE (YEAR ONLY)	BIRTHPLACE (STATE ONLY)	BLOOD TYPE	RH Factor	BODY TYPE	ARE YOU RIGHT HANDED? <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> SMALL BONED <input type="checkbox"/> MEDIUM BONED <input type="checkbox"/> LARGE BONED	LEFT HANDED? <input type="checkbox"/>

Race/Ethnic Group

- White     Hispanic     Filipino     Black     Asian or Pacific Islander  
 American Indian or Alaskan Native     Other    (Specify) \_\_\_\_\_

If American Indian or Alaskan Native, please specify name of tribe and degree of Indian blood (if known) \_\_\_\_\_

SPECIFIC NATIONALITY DESCENT (EXAMPLE: IRISH, FRENCH, GERMAN, CANTONESE, MEXICAN, NIGERIAN)

**B. EDUCATION:**

LAST GRADE COMPLETED	PRESENTLY IN SCHOOL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	USUAL GRADES IN SCHOOL	OTHER TRAINING
----------------------	--	------------------------	----------------

EXTRA CURRICULAR ACTIVITIES

SUBJECTS INTERESTED IN

**C. OCCUPATION:**

PRESENT OCCUPATION	HOW LONG?	USUAL OCCUPATION?
--------------------	-----------	-------------------

WHAT ARE YOUR OCCUPATIONAL GOALS? (EXAMPLE; TO BE A TEACHER, WELDER, SALES CLERK)

**D. PERSONALITY:**

DESCRIBE YOUR PERSONALITY IN TERMS OF YOUR USUAL BEHAVIOR, ATTITUDES, MOODS, ACTIVITIES YOU USUALLY PARTICIPATE IN, TYPES OF PEOPLE YOU ENJOY BEING WITH, ETC.

DESCRIBE TALENTS, HOBBIES AND GOALS IN LIFE.

DESCRIBE HOW YOU WERE AS A CHILD.

**E. ADOPTION QUESTIONS:**

Religion:

What Religion do you practice? \_\_\_\_\_

ARE YOU WILLING TO HAVE YOUR CHILD REARED IN THE RELIGIOUS FAITH OF THE ADOPTING PARENTS, IF DIFFERENT FROM YOUR OWN?

YES    NO

IF NO, WHAT RELIGIOUS FAITH DO YOU WISH YOUR CHILD TO BE RAISED? \_\_\_\_\_

WHY DID YOU PLACE THIS CHILD FOR ADOPTION? (PLEASE RESPOND AS THOROUGHLY AS YOU CAN. THIS IS THE QUESTION ADULT ADOPTEES MOST OFTEN ASK ADOPTION AGENCIES.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IF YOUR CHILD WAS NOT PLACED FOR ADOPTION AT BIRTH, GIVE INFORMATION ON THE CHILD'S CARE, HEALTH AND DEVELOPMENT BEFORE PLACEMENT.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HOW DO YOU FEEL ABOUT BEING CONTACTED BY THE ADOPTEE WHEN HE OR SHE REACHES ADULTHOOD?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F. BIRTHMOTHER'S MENSTRUAL HISTORY AND PREGNANCY HISTORY OF CHILD:**

<b>1. MENSTRUAL HISTORY</b>	HOW OLD WERE YOU WHEN YOU BEGAN TO MENSTRUATE?	WHAT IS THE USUAL LENGTH OF YOUR PERIOD?	ARE YOU REGULAR? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NO. OF DAYS IN CYCLE
-----------------------------	--	--	--	----------------------

DO YOU HAVE ANY PROBLEMS WITH YOUR PERIODS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IF YES, EXPLAIN	WERE YOU A "DES BABY"? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UNKNOWN
--	---

<b>2. THIS PREGNANCY:</b>	NAME AND ADDRESS OF OBSTETRICIAN WHO PROVIDED YOU WITH PRENATAL CARE					
	NAME OF OBSTETRICIAN	ADDRESS	STREET	CITY,	STATE	ZIP CODE

WHEN DID PRENATAL CARE BEGIN?	WHAT WAS YOUR AGE WHEN YOU BECAME PREGNANT?	NUMBER OF WEEKS OF THIS PREGNANCY?	TYPE OF BIRTH <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/> IF MULTIPLE, HOW MANY?
-------------------------------	---	------------------------------------	--

COMPLICATIONS DURING THIS PREGNANCY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IF YES, EXPLAIN	HAVE YOU GIVEN BIRTH TO ANY OTHER CHILDREN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IF YES, HOW MANY
---	---

<b>3. CONDITIONS DURING THIS PREGNANCY</b>	SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES			
	GERMAN MEASLES ..... <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	HERPES <input type="checkbox"/> GONORRHEA <input type="checkbox"/> SYPHILIS	VIRUS (e.g., flu) ..... <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	INFECTIONS ..... <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CHLAMYDIA <input type="checkbox"/> GENITAL WARTS	ACCIDENTS ..... <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

IF YES TO ANY OF THE ABOVE, SPECIFY TYPE OF CONDITION(S), DATE(S) AND TYPE OF TREATMENT

**4. DRUGS TAKEN DURING, AND WITHIN ONE YEAR PRIOR, TO THIS PREGNANCY:**

a. <u>Prescription Drugs:</u> [Give name(s)]	TAKEN DURING THIS PREGNANCY <i>(Check ✓ under appropriate column)</i>		TAKEN WITHIN ONE YEAR PRIOR TO PREGNANCY		WHEN?	HOW OFTEN?	AMOUNT?
	YES	NO	YES	NO			
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>b. <u>Nonprescription Drugs. Including aspirin, nosedrops, etc.</u></b>							
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>c. <u>Alcohol and other substances:</u></b>							
1. Alcohol (wine, beer, etc.).....							
2. Amphetamines (uppers).....							
3. Barbiturates (downers).....							
4. Tobacco .....							
5. Cocaine .....							
6. Crack.....							
7. Heroin.....							
8. LSD .....							
9. PCP .....							
10. Marijuana .....							
11. Other (specify).....							

Have you ever been an IV drug user?  YES  NO

**G. PERSONAL HEALTH HISTORY:**

DESCRIBE YOUR GENERAL HEALTH

WHAT CHILDHOOD DISEASES HAVE YOU HAD?

- MEASLES:  RUBELLA (3 DAY)  MUMPS  HAYFEVER  EAR INFECTIONS  EAR RHEUMATIC FEVER  RHEUMATIC FEVER  
 RUBEOLA (2 WEEK)  CHICKEN POX  ROSEOLA  ENCEPHALITIS  HEART MURMUR  URINARY/BLADDER INFECTIONS  
 ASTHMA  MENINGITIS  SCARLET FEVER  OTHER (Specify)

ANY MAJOR SURGERY?

- YES  NO IF YES, FOR WHAT CONDITIONS/and when?

ARE YOU A

- TWIN  TRIPLET  OTHER MULTIPLE BIRTH

ARE YOU AN

- IDENTICAL OR  FRATERNAL TWIN

**H. FAMILY HISTORY:**

WERE YOU OR ANY MEMBER OF YOUR IMMEDIATE FAMILY ADOPTED?

- YES  NO IF YES, PLEASE TELL WHO

	YOUR BIOLOGICAL FATHER		YOUR BIOLOGICAL MOTHER	
		WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT
Current age .....				
If deceased, age at death .....				
Cause of death .....				
Height & Weight .....		WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT
Hair color and texture .....				
Eye color .....				
Skin color .....				
Left or right handed .....				
Outstanding features .....				
Education completed .....				
Occupation .....				
Race/Ethnic Group .....	<input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> HISPANIC <input type="checkbox"/> BLACK <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> ASIAN OR PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE		<input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> HISPANIC <input type="checkbox"/> BLACK <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> ASIAN OR PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE	
Nationality .....				
Religion .....				
Was this parent aware of your pregnancy? .....	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
How many brothers or sisters did she/he have? .....				
If any of your aunts or uncles have died, give age at death and cause of death .....				
	YOUR FATHER'S PARENTS		YOUR MOTHER'S PARENTS	
	FATHER	MOTHER	FATHER	MOTHER
Age .....				
If deceased, age at death and cause of death .....				
Describe physical appearance				
Height & Weight .....	HEIGHT	WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT
Outstanding features .....				
Education completed .....				
Current or former occupation				
Was he/she aware of your pregnancy? .....	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

**H. FAMILY HISTORY: (CONTINUED)**

**YOUR BROTHERS AND SISTERS**

*(If you have more than 4 siblings, please use additional paper)*

	1		2		3		4	
Gender (Male or Female) .....								
Age .....								
If deceased, age at death and cause .....								
Full or half sibling to you? .....	<input type="checkbox"/> FULL <input type="checkbox"/> HALF		<input type="checkbox"/> FULL <input type="checkbox"/> HALF		<input type="checkbox"/> FULL <input type="checkbox"/> HALF		<input type="checkbox"/> FULL <input type="checkbox"/> HALF	
Height & Weight.....	HEIGHT	WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT
Hair color and texture .....								
Eye color.....								
Skin color.....								
Hobbies and talents.....								
Last grade completed .....								
Presently in school? .....	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Occupation .....								
Aware of Pregnancy? .....	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Marital status .....								
Number of children they have .....								
Health of their children.....								

**YOUR OTHER CHILDREN**

*(If you have more than 4 children, please use additional paper)*

	CHILD #1		CHILD #2		CHILD #3		CHILD #4	
Indicate if son or daughter .....								
Birthdate or age.....								
Is this child a full or half sibling to the adoptee?.....	<input type="checkbox"/> FULL <input type="checkbox"/> HALF		<input type="checkbox"/> FULL <input type="checkbox"/> HALF		<input type="checkbox"/> FULL <input type="checkbox"/> HALF		<input type="checkbox"/> FULL <input type="checkbox"/> HALF	
If deceased, age at death.....								
Cause of death .....								
Height & Weight.....	HEIGHT	WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT	HEIGHT	WEIGHT
Hair color and texture .....								
Eye color.....								
Skin color.....								
Left or right handed .....								
Grade in school.....								
Does this child live with you? .....	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Hobbies and talents.....								
General health .....								
Major surgery.....								
Health problems.....								
Was this child aware of the pregnancy?.....	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	



## I. HEALTH HISTORY OF YOU, YOUR PARENTS AND OTHER RELATIVES

Indicate by checking appropriate box if YOU or any RELATIVES (i.e., your parents, sisters, brothers, aunts, uncles, grandparents, other children born to you, etc.) have had or now have the medical conditions listed below. Indicate person's relationship to you. Please complete Comments Section. If a medical condition resulted in death of a family member, indicate this and the person's approximate age at time of death in Comments Sections.

MEDICAL CONDITION	NO	Not Known	YES Self	YES - RELATIVE (Specify relationship)	COMMENTS
<b>A. CONGENITAL IMPAIRMENTS</b>					
1. Clubfoot or any orthopedic problem (i.e., flat footed, etc.)					
2. Harelip (cleft lip) or cleft palate					
3. Down's Syndrome					
4. Other Chromosome abnormality					
5. Hydrocephalus					
6. Muscular dystrophy					Parts of body involved? Age at onset?
7. Dwarfism					
8. Spina bifida					
9. Congenital heart defect					
10. Sickle Cell Anemia					
11. Tay-Sachs disease					
<b>B. ALLERGIES</b>					To what allergies? What treatment or medication?
1. Eczema or other skin condition					
2. Hay fever or other allergy					
3. Drug allergy					To what drugs?
4. Food allergy					To what foods?
<b>C. EYE, DENTAL, EAR, AND DEVELOPMENTAL DISORDERS</b>					
1. Blindness, glaucoma, color blindness or other visual problems					
2. Corrective glasses or contact lenses					At what age were prescription lenses necessary?
Nearsighted <input type="checkbox"/>					
Farsighted <input type="checkbox"/>					
Astigmatism (inability to focus) <input type="checkbox"/>					
Strabismus (crosseye) <input type="checkbox"/>					
Other (explain) <input type="checkbox"/>					
3. Braces on teeth or other orthodontia work					If so, what orthodontic work and for how long?

**I. HEALTH HISTORY OF YOU, YOUR PARENTS AND OTHER RELATIVES (Continued)**

MEDICAL CONDITION	NO	Not Known	YES Self	YES - RELATIVE <i>(Specify relationship)</i>	COMMENTS
4. Deafness or other ear problems					Special education? If "Yes", indicate age at onset.
5. Speech problems					
6. Learning disability					
7. Retardation: mental or physical					Any diagnosis? Hospitalization?
<b>D. CIRCULATORY DISORDERS</b>					
1. Hemophilia					
2. Sickle cell anemia or trait					
3. Hypertension (high blood pressure)					Age at onset? What treatment? Hospitalization?
4. Stroke					
5. Heart attack (coronary)					
6. Arthritis					What kind? Age at onset? What part of body?
7. Kidney disease					Age at onset? What treatment?
<b>E. HORMONAL DISORDERS</b>					Age at onset? What treatment?
1. Diabetes					
2. Thyroid disorder					
3. Obesity (overweight)					Any (known) cause? What treatment?
<b>F. RESPIRATORY DISORDERS</b>					Age at onset?
1. Asthma					Age at onset? What kind? What part of body?
2. Emphysema					Age at onset? What treatment? Hospitalization?
3. Tuberculosis					
<b>G. MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS</b>					
1. Diagnosed schizophrenia					
2. Diagnosed manic depressive					
3. Other mental illness. Describe, using additional page, if necessary					
4. Alcoholism or heavy drinking					
5. Drug usage					Kind, amount, and when taken?

**I. HEALTH HISTORY OF YOU, YOUR PARENTS AND OTHER RELATIVES (Continued)**

MEDICAL CONDITION	NO	Not Known	YES Self	YES - RELATIVE <i>(Specify relationship)</i>	COMMENTS
H. LYMPHATIC DISORDERS  1. Cancer  2. Tumors  3. Cystic fibrosis  4. Hodgkins disease					What kind? Age at onset? What part of body?
I. NERVOUS SYSTEM DISORDERS  1. Multiple sclerosis  2. Huntington's disease  3. Cerebral palsy					Parts of body involved? Age at onset?
4. Seizures or convulsions  5. Epilepsy					Age at onset? What treatment? Frequency?
J. INFECTION, HOSPITALIZATION  1. Repeated attacks of fever with known infection  2. Repeated severe infection necessitating hospitalization  3. Hospitalization, operation, or injury					Diagnosis?   What for? When?
K. OTHER MEDICAL OR HEALTH PROBLEMS					

# INFORMACION ACERCA DE LA MADRE BIOLOGICA

NOMBRE DEL NIÑO:		NUMERO 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 algún artículo, escriba "no sé".
- El formulario AD 67 se divide en dos partes separadas. La SECCION I consiste de información "que identifica" y se conservará de manera confidencial. No se le dará ninguna de esta información a su hijo adoptado ni a sus padres adoptivos, a menos que usted nos haya dado permiso por escrito para hacerlo. La SECCION II consiste de información "que no identifica". La ley de California sobre adopciones requiere que se les dé a los padres adoptivos una copia de la SECCION II, la cual contiene información médica, psicológica y social, antes de que se finalice la adopción, y que se le dé al niño adoptado una copia de la SECCION II basándose en una petición por escrito de él cuando cumpla 18 años.

## SECCION I — INFORMACION ACERCA DE LA MADRE BIOLOGICA, QUE LA IDENTIFICA

### A. NOMBRE/DIRECCION:

NOMBRE DE LA MADRE BIOLOGICA (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)		NOMBRE DE SOLTERA		OTROS NOMBRES CON QUE SE LE CONOCE	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NO. DE LA LICENCIA DE MANEJAR	FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		
DIRECCION ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)				NUMERO DE TELEFONO (AREA) NUMERO	
DIRECCION PERMANENTE PARA RECIBIR CORREO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL) *				NUMERO DE TELEFONO PERMANENTE (AREA) NUMERO	
RESTRICCIONES PARA USAR LA DIRECCION PERMANENTE PARA RECIBIR CORREO, SI LAS HAY					

### B. PADRES DE LA MADRE BIOLOGICA: (los padres que la criaron)

NOMBRE DE LA MADRE DE LA MADRE BIOLOGICA (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)			NOMBRE DEL PADRE DE LA MADRE BIOLOGICA (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)		
DIRECCION	CALLE	CIUDAD	DIRECCION	CALLE	CIUDAD
ESTADO	CODIGO POSTAL		ESTADO	CODIGO POSTAL	
¿SABE SU MADRE ACERCA DE ESTA ADOPCION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE			¿SABE SU PADRE ACERCA DE ESTA ADOPCION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE		
SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED, ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU MADRE PARA QUE NOS AYUDE? <input type="checkbox"/> SI <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"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

### C. PATERNIDAD DEL MENOR:

NOMBRE DEL PADRE BIOLOGICO DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)	NUMERO DE TELEFONO PERMANENTE (AREA) NUMERO
ULTIMA DIRECCION CONOCIDA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, PAIS; SI ES FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA)	

### D. ESTADO CIVIL:

1. ¿Está casada ahora?  SI  NO Si lo está, ¿cómo se llama su esposo? \_\_\_\_\_  
(NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)

¿Cuál es la dirección de él? \_\_\_\_\_

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

LUGAR DEL MATRIMONIO (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)	FECHA DEL MATRIMONIO (MES, DIA, 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 el siguiente artículo:

NOMBRE DEL ESPOSO ANTERIOR	LUGAR DONDE SE EXPIDIO 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 MURIO	NO. DE HIJOS NACIDOS DEL MATRIMONIO
1.					
2.					
3.					

**E. OTROS HIJOS:**

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

Si contesta "Sí", complete el siguiente artículo:

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

**F. ASCENDENCIA DE INDIOS (INDIGENAS) DE LOS ESTADOS UNIDOS (EE. UU.):**

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

Si contesta "Sí", complete el formulario AD 4311, información acerca de un niño indio (indígena) de los EE. UU.).

Si contesta "Sí", ¿de qué tribu (o tribus) viene?..... ¿Dónde se encuentra la tribu (o tribus)?.....

¿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 india (CDIB)?  Sí  No

Si contesta "Sí", por favor adjunte una copia del CDIB a este cuestionario.

**G. ASESORAMIENTO PSICOLOGICO:**

¿Ha visitado alguna vez a algún psicólogo, psiquiatra, trabajador social clínico o terapeuta 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/U OFICINA/AGENCIA QUE PROPORCIONO EL TRATAMIENTO:

LUGAR:

MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON DURANTE SU TRATAMIENTO:

MOTIVO PARA LA DESCONTINUACION SI YA NO RECIBE TRATAMIENTO:

**H. PREGUNTAS SOBRE ADOPCION: (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 adoptantes? .....  Sí  No  No sé

3. ¿Cómo se pagaron los gastos de este embarazo, cuidado prenatal y parto?.....

4. ¿Pagaron los padres adoptantes algunos de los gastos necesarios para vivir de usted? .....  Sí  No

¿Cuánto? .....

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 de la siguiente información con respecto a los posibles padres adoptivos: su nombre legal y completo; edad; religión; raza o grupo étnico; duración del matrimonio actual y número de matrimonios previos; empleo; si otros niños o adultos viven en el hogar; si hay otros niños que no residen en el hogar de ellos, la obligación de mantenimiento de hijos con respecto a estos niños, y si no se han cumplido estas obligaciones alguna vez; cualquier condición de salud que pudiera acortar su promedio de vida o disminuir sus actividades diarias normales; cualquier condena por delitos que no sean infracciones menores de las reglas de tráfico; cualquier traslado de niños de su cuidado debido al abuso o descuido de niños; y el área general donde viven, o si se les pide, su dirección.

6. ¿Tiene usted por lo menos esta información sobre los padres adoptantes? .....  Sí  No

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

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

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

FIRMA DE LA MADRE BIOLÓGICA

FECHA EN QUE SE COMPLETO EL FORMULARIO

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

la madre biológica  el padre biológico  Otro (explique) .....

NOMBRE DEL NIÑO:		NUMERO DEL CASO:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO:		NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA:

**SECCION II — INFORMACION ACERCA DE LA MADRE BIOLOGICA, QUE NO LA IDENTIFICA**

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

**PARTE I — CARACTERISTICAS DE LA MADRE BIOLOGICA EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO POR ADOPTAR**

**A. INFORMACION GENERAL Y DESCRIPCION FISICA:**

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"/> DELGADO <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)	SANGRE TIPO	Factor RH	CLASE DE CUERPO <input type="checkbox"/> HUESOS CHICOS <input type="checkbox"/> HUESOS MEDIANOS <input type="checkbox"/> HUESOS GRANDES	¿ES DIESTRA (USA LA MANO DER.)? <input type="checkbox"/> ¿ES ZURDA (USA LA MANO IZQ.)? <input type="checkbox"/>

Raza/grupo étnico

blanca     hispana     filipina     negra     asiática o isleña del Pacífico

india (indígena) de los EE. UU. o de Alaska     otra (*especifique*) \_\_\_\_\_

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

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

**B. EDUCACION:**

ULTIMO GRADO COMPLETADO	¿ASISTE A LA ESCUELA AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CALIFICACIONES USUALES EN LA ESCUELA	OTRO ENTRENAMIENTO
-------------------------	--	--------------------------------------	--------------------

ACTIVIDADES FUERA DEL PLAN DE ESTUDIOS

MATERIAS EN QUE ESTA(BA) INTERESADA

**C. OCUPACION:**

OCUPACION ACTUAL	¿CUANTO TIEMPO?	¿OCUPACION USUAL?
------------------	-----------------	-------------------

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

**D. PERSONALIDAD:**

DESCRIBA SU PERSONALIDAD EN TERMINOS DE SU COMPORTAMIENTO, ACTITUDES Y HUMOR USUALES, ASI 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 COMO ERA DURANTE SU NIÑEZ.



**F. HISTORIAL DE LA MENSTRUACION DE LA MADRE BIOLOGICA, E HISTORIAL DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO:**

<b>1. HISTORIAL DE LA MENSTRUACION</b>	¿QUE EDAD TENIA CUANDO COMENZO A MENSTRUAR?	¿CUANTO LE DURA USUALMENTE SU PERIODO?	¿ES UD. REGULAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NO. DE DIAS EN EL CICLO
--	---	--	---	-------------------------

¿TIENE PROBLEMAS CON SUS MENSTRUACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI CONTESTA "SI", EXPLIQUE:	¿FUE USTED UNA "BEBE DES"? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE
--	--

<b>2. ESTE EMBARAZO</b>	NOMBRE Y DIRECCION DEL OBSTETRA QUE LE PROPORCIONO CUIDADO PRENATAL					
	NOMBRE DEL OBSTETRA	DIRECCION	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

¿CUANDO COMENZO EL CUIDADO PRENATAL?	¿QUE EDAD TENIA CUANDO SALIO EMBARAZADA?	NUMERO DE SEMANAS DE ESTE EMBARAZO	CLASE DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> UNICO <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/> SI MULTIPLE, ¿CUANTOS?
--------------------------------------	--	------------------------------------	---

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

<b>3. CONDICIONES DURANTE ESTE EMBARAZO</b>	RUBEOLA..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE <input type="checkbox"/> HERPES <input type="checkbox"/> GONORREA <input type="checkbox"/> SIFILIS	VIRUS (p. ej., influenza) ..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	INFECCIONES..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CHLAMIDIA <input type="checkbox"/> VERRUGAS GENITALES	ACCIDENTES..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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

**4. DROGAS/MEDICAMENTOS QUE TOMO DURANTE ESTE EMBARAZO, Y LOS ULTIMOS 12 MESES ANTERIORES AL MISMO:**

<b>a. Medicamentos recetados:</b> (dé los nombres)	TOMADOS DURANTE ESTE EMBARAZO		TOMADOS DURANTE LOS ULT. 12 MESES ANT. AL EMB.		¿CUANDO?	¿CON QUE FRECUENCIA?	¿CANTIDAD?
	SI	NO	SI	NO			
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>b. Medicamentos no recetados, incl. aspirina, gotas para la nariz, etc.:</b>							
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>c. Alcohol y otras sustancias:</b>							
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?  SI  NO



## G. HISTORIAL PERSONAL DE SALUD:

DESCRIBA SU SALUD EN GENERAL.

¿QUE ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ HA TENIDO?

SARAMPION:  RUBEOLA (3 DIAS)  PAPERAS  FIEBRE DEL HENO  INFECCIONES DE OIDOS  FIEBRE REUMATICA - OIDOS  FIEBRE REUMATICA  
 RUBEOLA (2 SEMAN.)  VARICELA/VIRUELA  ROSEOLA  ENCEFALITIS  SOPLO CARDIACO  INFECCIONES DE LA ORINA/VEJIGA  
 ASMA  MENINGITIS  ESCARLATINA  OTRA (especifique)

¿HA TENIDO CIRUGIA EXTENSA?

SI  NO SI CONTESTA "SI", ¿PARA CUAL CONDICION / y cuándo?

¿ES USTED

GEMELA?  TRILLIZA?  MIEMBRO DE OTRO NACIMIENTO MULTIPLE?

¿ES USTED GEMELA

IDENTICA?  NO IDENTICA?

## H. HISTORIAL DE LA FAMILIA:

¿SE LE ADOPTO A USTED O A ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA INMEDIATA?

SI  NO SI CONTESTA "SI", POR FAVOR DIGA QUIEN:

	SU PADRE BIOLOGICO		SU MADRE BIOLOGICA	
	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
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 .....				
Zurdo(a) o diestro(a) .....				
Razgos 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"/> ASIATICO O ISLEÑO DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) <input type="checkbox"/> INDIO (INDIGENA) DE LOS EE. UU. O DE ALASKA		<input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> HISPANA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> FILIPINA <input type="checkbox"/> ASIATICA O ISLEÑA DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> OTRA (especifique) <input type="checkbox"/> INDIA (INDIGENA) DE LOS EE. UU. O DE ALASKA	
Nacionalidad.....				
Religión .....				
¿Sabía este(a) padre/madre del embarazo de usted? .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuántos hermanos tuvo? .....				
Si cualquiera de los tíos de Ud. 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <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 más papel.)

	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 .								
Ultimo grado que completó en la esc.								
¿Asiste ahora a la escuela? .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ocupación .....								
¿Sabía del embarazo? .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <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 más papel.)

	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 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <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"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <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 de comentarios. Si alguna condición médica resultó en la muerte de algún miembro de la familia, indique esto, y la edad aproximada de la persona en el momento de la muerte en la sección de comentarios.

CONDICION MEDICA	NO	NO SE	SI YO	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
<b>A. IMPEDIMENTOS CONGENITOS</b>					
1. Pié zambo ( <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. Drepanocitosis ( <i>sickle cell anemia</i> )					
11. Enfermedad de Tay-Sachs					
<b>B. ALERGIAS</b>					¿Alergia a qué? ¿Qué tratamiento o medicamento?
1. Eccema 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?
<b>C. TRASTORNOS DENTALES, DE LOS OJOS, DEL OIDO Y DEL DESARROLLO</b>					
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 <input type="checkbox"/>					
Hiperopia <input type="checkbox"/>					
Astigmatismo (incapacidad para enfocar) <input type="checkbox"/>					
Estrabismo (bizquera) <input type="checkbox"/>					
Otro (explique) <input type="checkbox"/>					
3. Frenos en los dientes u otro trabajo de ortodoncia					Si marca "SI", ¿qué clase de trabajo de ortodoncia y por cuánto tiempo?

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

CONDICION MEDICA	NO	NO SE	SI YO	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
4. Sordera u otros problemas del oído					Si contestó "SI", indique la edad en que comenzó? ¿Educación especial?
5. Problemas del habla					
6. Problema de aprendizaje					¿Hubo diagnóstico? ¿Hospitalización?
7. Retraso: mental o físico					
<b>D. TRASTORNOS DE LA CIRCULACION</b>					
1. Hemofilia					
2. Drepanocitosis ( <i>sickle cell anemia</i> ) o característica de drepanocitos					
3. Hipertensión (presión alta de la sangre)					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización?
4. Apoplejía ( <i>stroke</i> )					
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?
<b>E. TRASTORNOS HORMONALES</b>					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento?
1. Diabetes					
2. Trastornos de la tiroides					
3. Obesidad (peso excesivo)					
<b>F. TRASTORNOS RESPIRATORIOS</b>					¿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?
<b>G. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO</b>					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización?
1. Esquizofrenia diagnosticada					
2. Maniaco-depresivo diagnosticado					
3. Otra enfermedad mental. Describa, usando una página adicional si es necesario.					
4. Alcoholismo o el tomar mucho					
5. Uso de drogas					¿Clase, cantidad, y cuándo las tomó?

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

CONDICION MEDICA	NO	NO SE	SI YO	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
H. TRASTORNOS LINFATICOS					¿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. INFECCION, HOSPITALIZACION					¿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 MEDICOS O DE LA SALUD					