

HISTORIAL PSICOSOCIAL Y MÉDICO DEL NIÑO

NOMBRE ADOPTIVO DEL NIÑO		SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	FECHA DE NACIMIENTO:
FECHA EN QUE SE COLOCÓ EN ADOPCIÓN:	EDAD CUANDO SE COLOCÓ EN ADOPCIÓN:	LUGAR DE NACIMIENTO:	
COMPLETADA POR:	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:	NÚMERO DEL CASO/IDENTIFICACIÓN DE LA AGENCIA:	

Cualquier documento adjunto a este formulario debe cumplir con la Sección 35195 (adopciones por agencia) o la Sección 35094 (adopciones independientes) del Título 22, del Código de Ordenamientos de California, sobre la supresión de información identificadora.

El trabajador social de la agencia que está colocando al niño o la agencia que está investigando la petición para la adopción deberá identificar cuáles de los siguientes artículos están adjuntos a este formulario, poniendo sus iniciales en el espacio que se proporciona.

_____ Evaluación de la adopción del niño: Fecha: _____ Completada por: _____
 (22 CCR Sección 35127.1 (adopciones por agencia) 22 CCR Sección 35093 (adopciones independientes))

_____ Información sobre los antecedentes de la madre biológica del niño: (AD 67 y la descripción narrativa)

_____ Información sobre los antecedentes del padre biológico del niño: (AD 67a y la descripción narrativa)

_____ Expedientes del nacimiento del niño. Nombre del Hospital: _____

_____ Expedientes del cuidado médico del niño después de su nacimiento.

Se adjuntan los siguientes expedientes médicos: (Si es necesario, adjunte páginas adicionales)

NOMBRE DEL PROVEEDOR	TIPO DE PROVEEDOR	FECHAS

_____ **HISTORIAL DE DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO**

Se adjuntan las siguientes evaluaciones o reportes sobre el funcionamiento del desarrollo físico, cognitivo, emocional y/o el comportamiento del niño:

TIPO DE REPORTE	PROVEEDOR	FECHA DEL REPORTE

- _____ **PASAPORTE DE SALUD Y EDUCACIÓN** DEL NIÑO EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL (documento de la Oficina de Servicios para Bienestar de Niños / Sistema de Administración de casos [CWS/CMS] y cualquier documentación relacionada)
- _____ HISTORIAL SOBRE LAS COLOCACIONES DEL NIÑO
- _____ HISTORIAL DEL NIÑO/EXPERIENCIAS EN SU VIDA FAMILIAR ANTES DE SER COLOCADO EN CUIDADO FUERA DEL HOGAR (INCLUYENDO HISTORIAL DE ABUSO O DESCUIDO)

HISTORIAL PSICOSOCIAL Y MÉDICO DEL NIÑO - CONTINUACIÓN

SE ADJUNTAN LOS SIGUIENTES REPORTES ADICIONALES:

TIPO DE REPORTE	PROVEEDOR	FECHA DEL REPORTE

_____ RECOMENDACIONES / COMENTARIOS DE LA AGENCIA A LA FAMILIA ADOPTIVA (adjunte una página adicional si se necesita)

LOS SIGUIENTES EXPEDIENTES O DOCUMENTOS NO ESTÁN DISPONIBLES:

EXPEDIENTES/REPORTES	FECHA(S)	RAZÓN QUE NO ESTÁ DISPONIBLE

Se les ha proporcionado a los padres adoptivos toda la información sobre los antecedentes médicos, psicológicos y sociales a la disposición del departamento o la agencia con respecto al niño que se nombra anteriormente.

TRABAJADOR DEL CASO DE ADOPCIONES	AGENCIA	FECHA

Notificación a los padres adoptivos

Basándose en la evaluación de la agencia, la agencia de adopciones cree que la información que se adjunta es verdadera y correcta según su mejor saber y entender.

La ley en California requiere que un niño no pueda ser colocado en adopción a menos que se proporcione un reporte escrito sobre su historial médico. Este formulario y los documentos que se adjuntan se proporcionan para cumplir con ese requisito. Su firma a continuación verifica que recibió esta información.

Reconocemos que se nos aconsejó que consultáramos a un médico y/o a un profesional de salud mental para recibir una evaluación o interpretación de los documentos adjuntos sobre el historial psicosocial y médico del niño que se menciona anteriormente.

RECONOCEMOS QUE TENEMOS EN NUESTRA POSESIÓN TODOS LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE SOBRE NUESTRO HIJO ADOPTIVO.

POSIBLE PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA
POSIBLE PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA