

जैविक पिता के बारे में जानकारी

बच्चे का नाम	मामला संख्या
मामले के कार्यकर्ता का नाम	एजेंसी का नाम

पूर्ण करने के लिए निर्देश

- स्पष्ट रूप से मुद्रित करें-स्याही का प्रयोग करें।
- सभी मदों को भरें। यदि आप किसी मद का उत्तर नहीं जानते हैं तो अज्ञात लिखें।
- AD-67 फार्म दो अलग भागों में विभाजित किया गया है। भाग 1 में "पहचान" संबंधित जानकारी है और इसे गोपनीय रखा जाएगा। इस जानकारी में से कुछ भी आपके गोद दिये जा रहे बालक या उसके अभिभावकों को नहीं दिया जाएगा जब तक की आप इसे जारी करने की लिखित अनुमति ना दें। भाग 2 में "गैर-पहचान" संबंधित जानकारी है। केलिफोर्निया में दत्तक लेने के कानून के लिए यह आवश्यक है कि आप भाग 2 की एक प्रति जिसमें चिकित्सकीय, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक जानकारी है को आपके बालक के दत्तक अभिभावकों को गोद प्रक्रिया के पूर्ण होने से पूर्व जारी करें और आपके द्वारा गोद दिये जा रहे बच्चे के 18 वर्ष की आयु पूर्ण होने के बाद उसके लिखित अनुरोध पर इसे उसे जारी किया जाएगा।
- इस प्रारूप में मांगी गई सभी जानकारी आपके बच्चे को गोद देने की प्रक्रिया पूरी करने के लिए महत्वपूर्ण है।

भाग 1 - जैविक पिता के बारे में पहचाने जाने योग्य जानकारी
इस जानकारी को आपके द्वारा लिखित में अनुमति दिये बिना गोपनीय रखा जाएगा।

A. नाम/पता

जैविक पिता का नाम (प्रथम, मध्यम, अंतिम)	अन्य जिन नामों से जाना जाता हो		
सामाजिक सुरक्षा संख्या	डाइवर लाइसेन्स संख्या	जन्म की तारीख (महीना, दिन, वर्ष)	जन्म स्थान (शहर, राज्य, देश)
वर्तमान पता (सड़क, शहर, राज्य, ज़िप कोड)	टेलीफोन नंबर ()		
स्थायी डाक पता (सड़क, शहर, राज्य, ज़िप कोड)*	स्थायी फोन नंबर ()		
स्थायी डाक पते के उपयोग पर प्रतिबंध यदि कोई हो तो			

B. जैविक पिता के माता-पिता (वे पालक जिन्होंने आपका लालन-पालन किया है)

जैविक पिता की माता का नाम (प्रथम, मध्यम, अंतिम)	जैविक पिता के पिता का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)
पता सड़क शहर	पता सड़क शहर
राज्य ज़िप कोड	राज्य ज़िप कोड
क्या आपकी माता इस गोद देने के बारे में जानती हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना <input type="checkbox"/> अज्ञात	क्या आपके पिता इस गोद दिये जाने के बारे में जानते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> ना <input type="checkbox"/> अज्ञात
यदि भविष्य में हम आपको ढूँढना चाहें तो क्या हम आपकी माता की सहायता ले सकते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	यदि भविष्य में हम आपको ढूँढना चाहें तो क्या हम आपके पिता की सहायता ले सकते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

C. अवयस्क का पितृत्व

क्या आपने और आपके बच्चे की जैविक माता ने कभी विवाह किया है?..... हाँ नहीं

यदि हाँ, तो विवाह की तिथि व स्थान: _____

यदि तलाक़शुदा हैं तो तलाक की तिथि और स्थान: _____

क्या आपने और बालक की जैविक माता ने कभी शादी करने की कोशिश की है?..... हाँ नहीं

यदि हाँ, तो समझाएँ? _____

क्या आप इस समय जैविक माता के साथ विवाहित हैं?..... हाँ नहीं

* नोट: केलिफोर्निया राज्य के सामाजिक सुरक्षा विभाग को आपके स्थायी पते के बदलाव के विषय में सूचित करना महत्वपूर्ण है।

D. अन्य बालक

क्या गोद लिए जा रहे बालक के अलावा भी आपके अन्य बच्चे हैं? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो निम्न को पूर्ण करें:

बालक का नाम	लिंग स्त्री/पुरुष	जाँचें (✓) यदि आप दत्तक से रक्त संबंध रखते हैं पूर्ण रूप से आंशिक	बालक की जन्म तिथि	इस समय कौन उसकी देखभाल कर रहा है? (देखभाल करने वाले के बालक के साथ संबंध को स्पष्ट करें)
1.				
2.				
3.				
4.				

E. यदि अमरीकी इंडियन वंश से हैं (ICWA-020 प्रारूप को पूर्ण करें)

क्या आपकी माता या पिता के परिवार में कोई अमरीकी इंडियन वंशज थे? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो जनजाति (यां) कौनसी हैं? _____ जनजाति (यों) का ठिकाना कहाँ है?: _____

क्या आप, आपके माता-पिता वर्तमान में जनजाति के साथ पंजीकृत हैं या आपके कोई वंशज जनजाति के साथ पंजीकृत थे? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो आपकी या उनकी पंजीयन संख्या क्या है? _____

क्या आपने, आपके माता-पिता या दादा-दादी या किसी भी पूर्वज के पास इंडियन रक्त की डिग्री का प्रमाण पत्र है (CDIB)? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो कृपया इस प्रश्नावली के साथ सीडीआईबी (CDIB) की एक प्रति संलग्न करें।

F. मनोवैज्ञानिक परामर्श

क्या आप कभी किसी मनोचिकित्सक, मनोरोग चिकित्सक, चिकित्सकीय सामाजिक कार्यकर्ता, मानसिक या व्यवहारिक स्वास्थ्य चिकित्सक के पास आपको हुई
भावनात्मक या मनोवैज्ञानिक या व्यावहारिक समस्याओं के लिए गए हैं? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो निम्न को पूर्ण करें:

तिथि (यां) और उपचार के कारण

थेरेपिस्ट का नाम या एजेंसी का नाम जिसने इसे प्रदान किया

स्थान

आपके उपचार के लिए दी गई दवाओं के नाम को इंगित करें

यदि आप अब उपचार नहीं ले रहे हैं तो बंद करने का कारण बताएं

G. दत्तक प्रक्रिया प्रश्न(केवल स्वतंत्र दत्तक प्रक्रिया हेतु)

1. क्या इस दत्तक प्रक्रिया के लिए कोई वकील आपका प्रतिनिधित्व कर रहा है? हाँ नहीं
2. क्या आपका वकील दत्तक लेने वाले अभिभावक (कों) का भी प्रतिनिधित्व कर रहा है? हाँ नहीं अज्ञात
3. इस गर्भावस्था का खर्चा किसने वहन किया जिसमें जन्म के पहले की देखभाल, डेलीवरी व अन्य खर्च शामिल हैं? _____
4. उन्होंने कितना धन दिया है? (यदि अज्ञात है तो इंगित करें) _____
5. क्या दत्तक लेने वाले अभिभावक (कों) ने जन्म देने वाली माता का कोई खर्चा वहन किया है? हाँ नहीं अज्ञात
6. केलिफोर्निया दत्तक कानून के अनुसार जन्म देने वाले माता-पिता जो बालक को दत्तक देते हैं को गोद लेने वाले अभिभावक (कों) के विषय में निजी जानकारी होनी चाहिए कृपया इंगित करें कि क्या आपको गोद लेने वाले अभिभावक (कों) के विषय में निम्न जानकारी है:

पूर्ण कानूनी नाम	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	आयु	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
धर्म	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	प्रजाति या जातीयता	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
वर्तमान विवाह को हुए वर्ष	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	पिछले विवाहों की संख्या	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
निवास का क्षेत्र (यदि अनुरोध किया जाए तो उनका पूर्ण पता)	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	रोजगार	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं

क्या वयस्कों के अन्य बच्चे उन के साथ में रहते हैं इन बच्चों के प्रति पोषण का कोई दायित्व हाँ नहीं

बच्चे जो उनके घर में नहीं रहते हाँ नहीं

क्या इन बच्चों के क्या भरण पोषण का कोई दायित्व है हाँ नहीं

भरण पोषण दायित्व निभाने में हुई चूक हाँ नहीं

स्वास्थ्य की स्थिति जिससे सामान्य दैनिक गतिविधियों या सामान्य जीवन प्रत्याशा बाधित होती हो?..... हाँ नहीं

यातायात संबंधी उल्लंघन के सिवाय कोई गिरफ्तारी या अपराध सिद्ध हुए हैं? हाँ नहीं

उनके संरक्षण से बच्चों को दुर्व्यवहार या उपेक्षा के कारण निकाला गया है? हाँ नहीं
7. क्या अतिरिक्त जानकारी आप गोद लेने वाले अभिभावक (कों) के विषय में जानना चाहते हैं या किस जानकारी की आपको जरूरत है? _____

8. क्या आप दत्तक लेने वाले माता-पिता से मिले हैं?..... हाँ नहीं
9. यदि हाँ, तो आप उन्हें कितनी अच्छी तरह से जानते हैं? _____

जन्म देने वाले पिता के हस्ताक्षर

प्रारूप को समाप्त करने की तिथि

उपरोक्त जानकारी द्वारा दी गई: (लागू होने वाले डब्बे को चिन्हित करें)

जन्म देने वाली माता जैविक पिता अन्य (बताएं) _____

बालक का नाम	मामला संख्या
मामले के कार्यकर्ता का नाम	एजेंसी का नाम

भाग 2 - जैविक पिता की पहचान ज़ाहिर न करने वाली जानकारी

इस जानकारी को दत्तक लेने वाले अभिभावक(कों) को दिया जाएगा और यह आपके बच्चे को भी उपलब्ध की जाएगी। कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर हर संभव पूर्णता से दें

दत्तक के गोद दिये जाते समय जैविक पिता की विशेषताएँ

A. सामान्य जानकारी व शारीरिक विवरण

लंबाई	सामान्य लंबाई	आँखों का रंग	त्वचा का रंग	बालों का प्राकृतिक रंग	बालों की प्राकृतिक संरचना (उन सभी पर निशान लगाएँ जो लागू होते हैं)
					<input type="checkbox"/> पतले <input type="checkbox"/> मध्यम <input type="checkbox"/> रूखे <input type="checkbox"/> सीधे <input type="checkbox"/> लहरदार <input type="checkbox"/> घुँघुराले <input type="checkbox"/> गंजापन
जन्म तिथि (केवल वर्ष)	जन्म स्थान (केवल राज्य)	रक्त का प्रकार	आर एच फैक्टर	शरीर का प्रकार	क्या आप दायें हाथ से काम करती हैं? <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> छोटी हड्डियों वाली <input type="checkbox"/> मध्यम हड्डियों वाली <input type="checkbox"/> बहुत बड़ी हड्डियों वाली	बाएँ हाथ से? <input type="checkbox"/>

प्रजाति/नस्लीय समूह

- गोरी हिस्पेनिक फिलिपिनो काली एशियाई या पॅसिफिक द्वीपवासी
 अमरीकी इंडियन या अलास्का के रहिवासी अन्य (बताएं)

यदि अमरीकी इंडियन या अलास्का रहिवासी हैं तो जनजाति का नाम दें और इंडियन रक्त की डिग्री दें (यदि जानते हैं) _____

विशिष्ट राष्ट्रीयता अवतरण: (उदाहरण आइरिश, फ्रांसीसी, जर्मन, कैटोनीज़, मेक्सिकन, नाइजीरियाई)

B. शिक्षा

अंतिम पूर्ण ग्रेड	क्या आप वर्तमान में विद्यालय में हैं	विद्यालय में प्राप्त सामान्य ग्रेड	अन्य प्रशिक्षण
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		

पाठ्यतर गतिविधियाँ

विषय जिनमें रुचि है

C. रोजगार

वर्तमान रोजगार	कबसे है?	सामान्य रोजगार?

आपके रोजगार संबंधी लक्ष्य क्या हैं? (उदाहरण: अध्यापक, वेल्डर, बिक्री लिपिक बनना)

D. व्यक्तित्व

आपके व्यक्तित्व का आपके सामान्य व्यवहार, रवैये, मूड, गतिविधियाँ जिनमें आप सामान्य तौर पर भाग लेते हैं, आप किस प्रकार के लोगों के साथ रहना से प्रसन्न रहती हैं, रहना चाहती हैं, आदि के संदर्भ में वर्णन करें

आपकी प्रतिभा, शौक और जीवन लक्ष्यों का वर्णन करें

वर्णन करें आप बच्चे के रूप में कैसे थे

E. दत्तक प्रक्रिया प्रश्न

आपका धर्म क्या है? _____

क्या आप आपके बच्चे को उसके दत्तक अभिभावक (कों) के धर्म के अनुसार परवरिश होने देने के लिए सहमत हैं, यदि वह आपसे भिन्न है?

हाँ नहीं यदि नहीं, तो आप किस धर्म के अनुसार आपके बच्चे की परवरिश चाहते हैं? _____

आप इस बच्चे को दत्तक क्यों दे रहे हैं? (कृपया जितना संभव हो उतना पूर्ण उत्तर दें। यह वह प्रश्न है जो वयस्क गोद दिये बच्चे सबसे आम तौर पर गोद देने वाली एजेंसियों से पूछते हैं।)

यदि आपका बच्चा जन्म के समय गोद नहीं दिया गया था, तो गोद देने से पहले बच्चे की परवरिश, स्वास्थ्य और विकास के विषय में जानकारी दीजिये।

आपको कैसा अनुभव होगा जब गोद दिया बच्चा वयस्क होने पर आपसे संपर्क करे?

F. निजी स्वास्थ्य इतिहास

आपके सामान्य स्वास्थ्य का वर्णन करें

बचपन में आपको कौनसी बच्चों की बीमारियाँ हुई थीं?

खसरा रुबेला/खसरा (3 दिन) गलसुआ परागज ज्वर कान संक्रमण रयुमेटिक फीवर कुकर खांसी
 रुबेला/खसरा (2 सप्ताह) चेचक लाल खसरा एन्सिफेलाइटिस दिल की असामान्य ध्वनि/हार्ट मर्मर मूत्राशय/थैली संक्रमण
 अस्थमा दिमागी बुखार स्कारलेट फीवर/लाल बुखार अन्य(बताएं) _____

कोई बड़ा ऑपरेशन? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो किस कारण/और कब? _____

क्या आपका कोई

जुड़वां तिड़वां या अन्य अधिक साथ में जन्मे

क्या आप कोई

समान दिखने वाले या फ्रेटरनल ट्विन हैं

यदि हाँ, तो पदार्थ के प्रकार को सूचीबद्ध करें, कितने समय तक प्रयोग किया और कितनी बार हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया बताएं किसे? _____

G. पारिवारिक इतिहास

क्या आपको या आपके परिवार के किसी करीबी सदस्य को गोद लिया गया था? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया बताएं किसे? _____

	आपके जैविक पिता				आपकी जैविक माता			
वर्तमान आयु								
यदि दिवंगत हैं तो मृत्यु के समय आयु								
मृत्यु का कारण								
लंबाई व वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन
बालों का रंग व संरचना								
आँखों का रंग								
त्वचा का रंग								
दाहिने हाथ से कार्य करते हैं या बाएँ से								
अप्रतिम विशेषताएँ								
पूर्ण की गई शिक्षा								
रोजगार								
जातीयता/नस्लीय समूह	<input type="checkbox"/> गोरी नस्ल <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक <input type="checkbox"/> काली नस्ल <input type="checkbox"/> फिलिपिनो <input type="checkbox"/> अन्य (बताएं) <input type="checkbox"/> एशियाई या पैसिफिक द्वीप के <input type="checkbox"/> अमरीकी इंडियन या अलास्कन रहिवासी				<input type="checkbox"/> गोरी नस्ल <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक <input type="checkbox"/> काली नस्ल <input type="checkbox"/> फिलिपिनो <input type="checkbox"/> अन्य (बताएं) <input type="checkbox"/> एशियाई या पैसिफिक द्वीप के <input type="checkbox"/> अमरीकी इंडियन या अलास्कन रहिवासी			
राष्ट्रीयता								
धर्म								
क्या ये अभिभावक गर्भावस्था के बारे में जानते हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं				<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			
उनके कितने भाई/बहन थे?								
क्या आपके किसी आंटी/अंकल की मृत्यु हो चुकी है, आयु व मृत्यु का कारण बताएं								
	आपके पिता के माता-पिता				आपकी माता के माता-पिता			
	पिता		माता		पिता		माता	
आयु								
यदि मृत्यु हो चुकी है तो मृत्यु के समय आयु और मृत्यु का कारण								
शारीरिक रूप से दिखने का वर्णन करें								
लंबाई व वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन
अप्रतिम विशेषताएँ								
पूर्ण की गई शिक्षा								
वर्तमान या पिछला रोजगार								
क्या वे इस गर्भावस्था के बारे में जानते थे/जानती थीं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	

G. पारिवारिक इतिहास

आपके भाई व बहन

(यदि आपके 4 से अधिक भाई-बहन हैं तो कृपया अतिरिक्त कागज़ का उपयोग करें)

	1		2		3		4	
लिंग (स्त्री या पुरुष)								
आयु								
यदि दिवंगत हो चुके हैं तो मृत्यु के समय उनकी आयु व कारण								
सगे हैं या सौतेले	<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले		<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले		<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले		<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले	
लंबाई व वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन
बालों का रंग व संरचना								
आँखों का रंग								
त्वचा का रंग								
शौक और प्रतिभा								
पिछली पूर्ण की गई ग्रेड								
क्या वर्तमान में स्कूल में हैं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
रोजगार								
गर्भावस्था के बारे में जानते हैं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
वैवाहिक स्थिति								
उनके बच्चों की संख्या								
उनके बच्चों का स्वास्थ्य								

आपके अन्य बच्चे

(यदि आपके 4 से अधिक बच्चे हैं तो अतिरिक्त कागज़ का उपयोग करें)

	बच्चा #1		बच्चा #2		बच्चा #3		बच्चा #4	
बताएं कि लड़का है या लड़की								
जन्म तिथि या आयु								
क्या यह बच्चा गोद जाने वाले बच्चे का सगा है या सौतेला	<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले		<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले		<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले		<input type="checkbox"/> सगे <input type="checkbox"/> सौतेले	
यदि दिवंगत हैं तो मृत्यु के समय आयु								
मृत्यु का कारण								
लंबाई और वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन	लंबाई	वजन
बालों का रंग व बनावट								
आँखों का रंग								
त्वचा का रंग								
दायें हाथ से कार्य करने वाले हैं या बाएँ हाथ से								
स्कूल में ग्रेड								
क्या ये बच्चा आपके साथ रहता है	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
शौक व प्रतिभा								
सामान्य स्वास्थ्य								
बड़ा ऑपरेशन								
स्वास्थ्य समस्याएँ								
क्या इस बच्चे को आपकी गर्भावस्था की जानकारी है	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	

H. आपकी, आपके माता-पिता व आपके रिश्तेदारों का स्वास्थ्य इतिहास

उपयुक्त डब्बे को चिन्हित करें यदि आपके या आपके कोई रिश्तेदार (अर्थात आपके माता-पिता, बहनों, भाइयों, आंटी, अंकल, दादा-दादी, आपके अन्य बच्चे) जिन्हें नीचे सूचीबद्ध किए गए चिकित्सकीय रोग थे या हैं। व्यक्ति के साथ आपकी रिश्तेदारी भी बताएं। कृपया टिप्पणी भाग को पूर्ण करें। यदि किसी बीमारी की वजह से किसी पारिवारिक सदस्य की मृत्यु हुई हो तो उसे इंगित करें और उस व्यक्ति कि मृत्यु के समय उसकी अनुमानित आयु को टिप्पणी भाग में लिखें।

चिकित्सकीय स्थिति/रोग	नहीं	अज्ञात	हाँ स्वयं को	हाँ-रिश्तेदार (संबंध स्पष्ट करें)	टिप्पणियाँ
A. जन्मजात क्षति					
1. क्लब फुट या अन्य कोई हड्डियों की समस्या (यानि की चपटे तलवे)					
2. हेयरलिप (क्लेफ्ट लिप) या क्लेफ्ट पैलेट/कटा तालु					
3. डाउंस सिंड्रोम					
4. अन्य क्रोमोसोम जनित विकार					
5. हाइड्रोसिफलस					
6. मसक्यूलर डीस्ट्रोफी					शरीर के भाग जो शामिल है? शुरुआत के समय आयु
7. बौनापन					
8. स्पाइना बिफिडा					
9. जन्मजात हृदय विकार					
10. दराँती कोशिका अरक्तता					
11. टे साक्स रोग					
B. एलर्जी					एलर्जी किनसे है? क्या उपचार हुआ?क्या दवाएं दी गईं?
1. एग्जिमा या त्वचा संक्रमण					
2. हे फीवर या अन्य एलर्जी					
3. ड्रग एलर्जी					किन ड्रग्स/दवाओं से
4. खाद्य पदार्थ एलर्जी					किन खाद्य पदार्थों से
C. आँख, दांत, कान और विकासात्मक विकार					
1. अंधापन, ग्लूकोमा, रंग अंधता या अन्य दृष्टि की समस्याएँ					
2. सुधारात्मक चश्मा या कंटेक्ट लेंस					किस आयु में डॉक्टर की सलाह पर चश्मा आवश्यक हुआ?
दूर की चीजों का ठीक से नहीं दिखना					
पास की चीजें देखने में समस्या					
दृष्टिवैषम्य (फोकस करने में असमर्थता)					
तिर्यकदृष्टि (भेंगापन)					
अन्य (समझाएँ)					
3. दांतों पर ब्रेसिज या अन्य ओरथोडोनटिक कार्य					यदि हाँ तो किस प्रकार का ओरथोडोनटिक कार्य और कबसे?

H. आपका, आपके माता-पिता और अन्य रिश्तेदारों का स्वास्थ्य इतिहास (जारी)

चिकित्सकीय हालत/रोग	नहीं	अज्ञात	हाँ स्वयं को	हाँ -रिश्तेदार (रिश्तेदारी स्पष्ट करें)	टिप्पणियाँ
4. बहरापन या अन्य कानों की समस्या					विशेष शिक्षा? यदि हाँ तो किस आयु में शुरुआत हुई?
5. बोलने में दिक्कत					
6. सीखने में अयोग्यता					कोई निदान? अस्पताल में भर्ती?
7. विकासात्मक अयोग्यता					
D. संचार विकार					
1. हीमोफीलिया					
2. दराँती कोशिका अरक्तता या लक्षण					
3. हाइपर टेंशन (उच्च रक्त चाप)					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार हुआ? क्या अस्पताल में भर्ती किया गया?
4. आघात					
5. दिल का दौरा (कोरोनरी)					
6. गठिया					किस प्रकार का? शुरुआत के समय आयु? शरीर के किस भाग में?
7. गुर्दे की बीमारी					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार दिया गया?
E. हार्मोन संबंधी विकार					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार दिया गया?
1. डायबिटीज़					
2. थायरायड विकार					
3. मोटापा (वजन अधिक होना)					
F. श्वास संबंधी विकार					कोई कारण जो पता हो? क्या उपचार दिया गया?
1. अस्थमा					
2. वातस्फीति					शुरुआत के समय आयु?
3. यक्ष्मा/तपेदिक					शुरुआत के समय आयु? किस प्रकार का? शरीर के किस हिस्से में?
G. मानसिक व व्यावहारिक विकार					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार दिया गया?क्या अस्पताल में भर्ती थे?
1. स्किज़फ्रेनिया निदान किया गया					
2. बाई-पोलर रोग निदान किया गया					
3. अन्य मानसिक रोग। यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त कागज़ पर वर्णन दें					
4. शराबीपन या अधिक पीना					
5. ड्रग उपयोग					प्रकार, मात्रा और कब ली गईं

H. आपका,आपके माता-पिता व अन्य रिश्तेदारों का स्वास्थ्य इतिहास (जारी हुआ)

चिकित्सकीय रोग	नहीं	अज्ञात	हाँ स्वयं को	हाँ- रिश्तेदार (संबंध स्पष्ट करें)	टिप्पणियाँ
H. लसीका विकार 1. कैंसर					किस प्रकार का?शुरुआत के समय आयु?शरीर के किस भाग में?
2. ट्यूमर/गांठ					
3. सिस्टिक फाइब्रोसिस/पुटीय तंतुशोथ					
4. हॉजकिन रोग					
I. तंत्रिका तंत्र विकार 1. मल्टीपल स्केलेरोसिस					शरीर के हिस्से जो प्रभावित हुए हैं? शुरुआत के समय आयु?
2. हंटिंगटन्स रोग					
3. मस्तिष्क पक्षाघात					
4. सीज़र/उद्वेग या पेशी स्फुरण के साथ ऐंठन					शुरुआत के समय आयु? क्या उपचार दिया गया? आवृत्ति?
5. मिर्गी					
J. संक्रमण,अस्पताल में भर्ती प्रक्रिया 1. ज्ञात संक्रमण के साथ बार-बार बुखार आना					निदान?
2. बार-बार होने वाला गंभीर संक्रमण जिसमें अस्पताल में भर्ती होना पड़े					
3. अस्पताल में भर्ती होना,आपरेशन या चोट					किसलिए? कब?
K. अन्य चिकित्सकीय या स्वास्थ्य समस्याएँ					