

Return to:

**MEDICAL REPORT
REGARDING CHILD TO BE ADOPTED
(REPORTE MEDICO SOBRE EL NIÑO
QUE SE VA A ADOPTAR)**

SECCION A: REPORTE POR PARTE DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO O POR PARTE DE LOS PADRES QUE VAN A ADOPTAR (Para ser completada, antes del examen médico, por las personas encargadas del cuidado o por los padres que van a adoptar.)

- Primer reporte médico para la adopción independiente
- Segundo reporte médico para la adopción independiente (Se requiere para las adopciones de bebés cuando el menor tiene por lo menos 5 meses de edad.)
- Unico reporte médico para la adopción no independiente

INFORMACION DE IDENTIFICACION

NOMBRE DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO/PADRES QUE VAN A ADOPTAR

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
-----------------	---------------------	------

INFORMACION SOBRE EL NACIMIENTO

DURACION DEL EMBARAZO	CLASE DE PARTO	¿CUANTO MIDIO AL NACER?	¿CUANTO PESO AL NACER?
-----------------------	----------------	-------------------------	------------------------

COMPLICACIONES AL NACER: (Anote cualquier complicación, tal como la exposición a las drogas o alcohol durante el embarazo (*in utero*), lesiones al nacer, ictericia [aspecto amarillento], etc.)

NUTRICION/DESARROLLO/PERSONALIDAD

NUTRICION: (Anote los hábitos de comer y cualquier problema, tal como alergias a ciertos alimentos, trastornos del comer, poco apetito, estreñimiento, etc.)

HISTORIAL DE DESARROLLO: (Anote cualquier retraso en el desarrollo o incidente de abuso y/o descuido. Describa el desarrollo general del niño.)

PERSONALIDAD: (Anote las características de la personalidad del niño. Por ejemplo, ¿es calmado, inquieto, agresivo, ansioso, tímido, feliz, etc.?)

¿Tiene el niño alergias a medicamentos? SI NO

Si la respuesta es "SI", ¿a qué medicamentos?:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Alergia-Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos ferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:								

(PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO)

SECTION B: REPORT BY PHYSICIAN WHO PERFORMED PHYSICAL EXAMINATION OF CHILD

LENGTH	WEIGHT	CHEST	HEAD
--------	--------	-------	------

PHYSICAL EXAMINATION

_____ Nutrition	_____ Nose	_____ Lungs
_____ Skin	_____ Mouth & Throat	_____ Abdomen
_____ Head	_____ Teeth	_____ Hernia
_____ Eyes	_____ Neck & Glands	_____ Genitalia
_____ Ears	_____ Chest	_____ Extremities
_____ Vision	_____ Heart	_____ Other

LABORATORY TEST

Blood Serology:	DATE & RESULTS:	
		<input type="checkbox"/> MEDICALLY NOT INDICATED
Toxicology Screen:	DATE & RESULTS:	
		<input type="checkbox"/> MEDICALLY NOT INDICATED
PKU/Newborn Screen:	DATE & RESULTS:	
		<input type="checkbox"/> MEDICALLY NOT INDICATED
Other Lab Tests:	TYPE, DATE & RESULTS:	

Did you detect any factors that would indicate a medical condition, injury, development delay, or genetic predisposition that would put this child at risk either currently or in the future? YES NO
 If YES, explain:

Medication taken regularly? YES NO
 If YES, describe:

Is the child's immunization record current? YES NO
 If NO, what immunizations are needed?

Does the child present any physical, emotional or behavioral signs of physical abuse, sexual abuse or neglect? YES NO
 If YES, explain:

How many times have you seen this child? _____. Does it appear as if the child is being parented in a way that meets his/her medical and developmental needs? YES NO
 If NO, explain:

Diagnosis and Recommendation:

PHYSICIAN'S NAME	EXAMINATION DATE:
ADDRESS:	
SIGNATURE:	PHONE NUMBER: ()