



Apellido:

Nombre:

Fec. de. Nac:

No. de SS:

Sexo:

Raza:

Nombre del Padre:

Nombre de la Madre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

VACUNAS

¿Las vacunas están al día? Sí No ¿Hay una copia disponible del registro de vacunas?? Sí No

MÉDICO

Nombre del proveedor médico

Fecha del último examen físico

SALUD MENTAL

¿El niño ha recibido tratamiento u hospitalizado por enfermedades mentales o pensamientos/intentos de suicidio? Sí No

En caso afirmativo, indique fechas y hospitales:

¿El niño tiene un historial actual o pasado de abuso de drogas o alcohol? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique

(¿Qué? ¿Cuándo?)

¿Recibió tratamiento? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique

(¿Qué? ¿Cuándo?, ¿Dónde?)

Evaluación de riesgo de TB

Fecha: Resultados:

y/o TB (PPD) No está en riesgo Riesgo bajo

Fecha: Resultados:

Necesidades especiales o discapacidades:

Problemas médicos actuales

Medicamentos actuales

Comentarios

Nombre del médico/NP/PA:

Firma del médico/NP/PA:

Fecha:



Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.

Distribution: Foster Home Case File

CS-0427S

Rev: 08/18





INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL FORMULARIO

Este formulario deben llenarlo los padres preadoptivos y un proveedor médico certificado.

1. Llene la información demográfica.
2. Marque la casilla correspondiente si las vacunas están al día y si un registro de vacunas está disponible para su revisión. Si un niño no está recibiendo vacunas, debe incluirse una explicación.
3. Indique quién es el proveedor médico regular del niño, incluyendo la fecha de la última visita con dicho proveedor.
4. Indique las hospitalizaciones por problemas de salud mental o pensamientos suicidas o intentos de suicidio, incluyendo las fechas de las hospitalizaciones y los tratamientos recibidos.
5. Debe llenarse la información relativa al historial de drogas/alcohol del niño.
6. La información sobre la TB la llena el proveedor médico. Si se hace una evaluación de riesgos y los resultados muestran un riesgo bajo o nulo, no se requiere una prueba TB y se puede dejar en blanco.
7. Indique las necesidades o discapacidades especiales que afectan las actividades diarias del niño. Esto puede incluir trastornos del movimiento que requieren ayuda para la movilidad, problemas especiales de los sentidos como la pérdida de la audición o de la vista, problemas respiratorios que requieren tratamientos respiratorios u oxígeno, trastornos del espectro autista, etc.
8. Indique los problemas médicos actuales que han sido diagnosticados o tratados por el proveedor médico.
9. La sección de comentarios es para que el proveedor médico agregue cualquier información adicional que pueda ser pertinente para el Departamento en relación con la capacidad de la familia de ser un hogar preadoptivo/adoptivo.
10. Por último, el proveedor médico debe escribir su nombre en letra de imprenta, firmar y fechar el formulario.



Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.

Distribution: Foster Home Case File

CS-0427S
Rev: 08/18

