



## Informe de Antecedentes Médicos y Familiares del Niño Instrucciones Child's Medical and Family Background Report Instructions

Por cada adopción en el Estado de Washington, el **RCW 26.33.350** requiere un facilitador de adopción para proporcionar a los futuros padres adoptivos *"un informe médico completo que contenga toda la información conocida y disponible en relación con las discapacidades mentales, físicas y sensoriales del niño"*. El informe *"deberá incluir cualquier historial de salud mental o física conocida o disponible de los padres biológicos, y que sea necesario que conozcan los padres adoptivos, para facilitar la atención médica adecuada del niño o para ayudar al padre adoptivo a maximizar el potencial de desarrollo del niño"*. La información deberá incluir el historial clínico de la familia biológica y del niño *"incluyendo rayos X, exámenes, hospitalizaciones y vacunas del niño"*. También se requiere un examen físico del niño con una derivación a especialistas, en caso necesario. **El examen físico de un niño debe haberse realizado dentro del año anterior a la finalización de la adopción.** Se deben hacer los esfuerzos razonables para localizar los registros y la información.

El **RCW 26.33.380** requiere que se proporcione a los futuros padres adoptivos la información correspondiente a los padres biológicos y familiares. Esto deberá incluir el historial social del niño y la familia, incluyendo *"un historial cronológico de las circunstancias que rodean la colocación adoptiva y todos los informes psiquiátricos, psicológicos y judiciales en relación a la dependencia o custodia, o informes escolares disponibles"*.

Ambos, el RCW 26.33.350 y el 26.33.380, requieren que la identidad de los padres biológicos se mantenga confidencial si no conocen a los padres adoptivos. El formato estándar (obligatorio por ley) para completar la información es el **Informe de Antecedentes Médicos y Familiares del Niño, DCYF 13-041**.

La información disponible variará de acuerdo a cada situación. Sin embargo, en cada colocación de adopción se requiere un trabajador social del niño para asegurar que se han realizado los esfuerzos razonables para obtener la información requerida. Estos esfuerzos deben estar documentados. La información proporcionada a los futuros padres adoptivos también debe estar documentada. En cada punto, el facilitador tendrá que proporcionar una explicación a los padres adoptivos, cuando no puedan obtener la información específica solicitada. **No deje ningún espacio en blanco.** Describa los esfuerzos realizados para obtener la información y las razones por las que estos esfuerzos no tuvieron éxito.

El **DCYF 13-041** incluye una carta de presentación, una **Sección de Antecedentes Familiares**, una **Sección de la Función Actual del Niño**, el Resumen de Salud / Salud Mental y Educación, el Registro de Vacunación del Niño, el Informe de Colocación y el Registro Legal. **El DCYF 13-041 no está completo si no se adjuntan el resumen de salud/salud mental y educación, el informe de colocación, el registro legal y el registro de vacunación del niño.**

**Los padres adoptivos deben anotar sus iniciales al recibir el** Resumen de Salud / Salud Mental y Educación, el Registro de Vacunación del Niño, el Informe de Colocación y el Registro Legal adjuntos. Los informes deben estar incluidos en el expediente archivado con la copia del DCYF 13-041 y en la información redactada proporcionada a los padres. La información de identificación de los padres, a menos que conozcan a los padres adoptivos, debe ser eliminada de cada informe proporcionado.

Debe incluirse una copia redactada del expediente del niño con el DCYF 13-041, como se indica en la Guía de Prácticas y Procedimientos 4330. Si no se incluye, esta **debe** ser proporcionada a los padres adoptivos antes de la finalización de la adopción y debe documentarse la recepción del expediente del niño.

**Instrucciones para completar el 13-041:** El Resumen de Salud Mental / Salud y Educación, el Registro de Vacunación del Niño, el Informe de Colocación y el Registro Legal deben adjuntarse a este formato para completarlo. Marque cada casilla para verificar que estos informes se han adjuntado.

Acta de nacimiento del niño: Si no está disponible, indique el motivo e incluya los esfuerzos realizados para obtener el documento.

Los padres adoptivos deben anotar sus iniciales en cada documento para verificar que se ha recibido. Los padres adoptivos también deben anotar sus iniciales en la declaración de confidencialidad. El facilitador de adopción firma y anota la fecha en el formato de la página 1, después de proporcionar a la familia adoptiva la información y los informes correspondientes. En el caso de una colocación adoptiva fuera del estado, el formato debe ser firmado por el trabajador que está proporcionando la información a la familia adoptiva.

**Secciones I y II:** Las Secciones I y II deberán completarse por todos los facilitadores de adopción y se deben entregar al(a los) padre(s) adoptivo(s) antes de la adopción del niño.

### Secciones I y II:

#### Antecedentes e Historial Médico / Genético Familiar de los Padres Biológicos

Puntos 1 - 9 ..... Se explican por sí mismos.

Puntos 10 - 11 ... Incluya el grado máximo de estudios de los padres y los problemas de aprendizaje identificados.

Punto 12 ..... Se explica por sí mismo.

Punto 13 ..... Marque todos los puntos que apliquen. Utilice hojas adicionales si es necesario. Sea específico, excepto en lo que respecta a los **agentes patógenos transmitidos por sangre**. No identifique los agentes patógenos transmitidos por sangre específicos en el DCYF 13-041. Consulte la política para obtener más información sobre la divulgación específica a la familia adoptiva.

Puntos 14 - 15 ... Describa los últimos historiales y condiciones médicas conocidas del padre y la madre biológicos, y el historial de nacimiento del niño. Indique cualquier sustancia en la lista conocida que haya sido utilizada por los padres biológicos. Proporcione la información conocida relacionada con la situación. Utilice el reverso del formato o una hoja adicional si es necesario.

Si el niño es mayor a los 13 años de edad, él o ella deben dar su consentimiento para la divulgación de cualquier información de salud mental, enfermedad de transmisión sexual o métodos anticonceptivos. El niño debe firmar la sección de divulgación en la página 4. Si el niño se niega a firmar, por favor consulte con AAG y el supervisor.

El padre(s) adoptivos firman y anotan la fecha en el informe con la fecha en que la información se le ha proporcionado. El RCW 26.33.380 requiere que todos los facilitadores de adopción proporcionen al padre(s) adoptivos la información disponible sobre el historial social y familiar del niño.

A los padres adoptivos se les ofrece otra la oportunidad para solicitar que se busque información adicional y se proporcione información sobre el programa de apoyo a la adopción. Los padres adoptivos deben ser alentados a solicitar el apoyo a la adopción para el niño. El padre(s) adoptivos firman y anotan la fecha en el informe con la fecha en que la información se le ha proporcionado.

**Funcionamiento Actual del Niño:** Proporcione una breve descripción del funcionamiento actual del niño e identifique los problemas importantes de comportamiento, educativos, médicos y/o de salud mental.

#### **Distribución**

Original..... Retenido por la Agencia / Facilitador en el expediente legalmente libre del niño  
Copia..... Proporcionada a la Familia Adoptiva



## Informe de Antecedentes Médicos y Familiares del Niño

### Child's Medical and Family Background Report

Fecha:

Para: **Adoptive Family's Name and Address**

De: **Worker's Name, Worker's Phone Number, Worker's Email Address**

RE: **Child's First Name, Child's Date of Birth**

La información incluida en este informe está limitada por la disponibilidad de los registros de salud y educación. **Este formato incluye la Información de Antecedentes Familiares.** El USB / copia en papel adjunto (circule uno) contiene:

\_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo  Resumen de Salud / Salud Mental y Educación

\_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo  Registro de Vacunación del Niño

\_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo  Registros de Nacimiento del Niño. Si no está disponible, indique el motivo:

\_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo  Informe de Colocación

\_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo  Registro Legal

\_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo  Documentación de los esfuerzos para obtener la información médica

\_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo  Copia Redactada del Expediente del Niño de acuerdo a la Política 4330 de Adopción

Si la copia redactada de la información para divulgación del expediente del niño no se proporciona con este formato, debe proporcionarse antes de la finalización de la adopción.

**Yo / Nosotros entiendo/entendemos que estoy/estamos recibiendo registros que son confidenciales bajo el Código Revisado de Washington (por sus siglas en inglés, "RCW") 74.04.060, el RCW 42.56.210, el RCW 42.56.230 y el RCW 26.33.340 que establece que la información del Departamento sobre el padre(s) biológico(s), los familiares o los servicios que se proporcionaron, se mantendrá estrictamente confidencial. Yo / Nosotros estamos de acuerdo en divulgar esta información confidencial sólo a personas protegidas por la confidencialidad, como médicos y terapeutas que pueden solicitar información para fines del tratamiento del niño mencionado.**

\_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre Adoptivo

DE FIRMA DEL FACILITADOR

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

## Antecedentes Familiares

La información de este documento y los informes adjuntos no revelarán ninguna información de identificación de los padres biológicos. Cada punto debe abordarse; y, si la información no está disponible o se desconoce, por favor, indíquelo.

Sección I. Antecedentes e Historial Médico / Genético Familiar de la Madre Biológica					
1. AÑO DE NACIMIENTO	2. RAZA			3. RELIGIÓN	
4. ALTURA	5. PESO	6. COLOR DE OJOS	7. COLOR DE CABELLO	8. ORIGEN ÉTNICO	
9. <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Diestro	10. GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS		11. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE		
12. PASATIEMPOS / INTERESES / PROFESIÓN					
<p>Recuerde proporcionar un historial clínico del niño lo más completo posible. Indique si la madre biológica, abuelos, hermanos u otros miembros de la familia (parientes de sangre) han tenido o tienen actualmente alguna de las condiciones médicas que se enlistan a continuación. En su caso, proporcionar la edad de inicio, tratamiento, medicación, etc.</p>					
13. CONDICIÓN MÉDICA (ESPECIFIQUE LA CONDICIÓN)	MADRE BIOLÓGICA	EDAD DE INICIO, TRATAMIENTO, MEDICACIÓN (SI APLICA)	FAMILIAR	RELACIÓN CON LA MADRE BIOLÓGICA	EDAD DE INICIO, TRATAMIENTO, MEDICACIÓN (SI APLICA)
Alcoholismo y/o drogadicción	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Reacción alérgica (por ejemplo, a alimentos, medicamentos)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Artritis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Defectos congénitos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Agentes patógenos transmitidos por sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos sanguíneos (por ejemplo, hemofilia, anemia de células falciformes)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Cáncer; Tipo:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Cardiovascular (por ejemplo, presión arterial alta, ataques al corazón, derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas / historial ginecológico (por ejemplo, aborto espontáneo, aborto involuntario, mortinato, muerte neonatal)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Defectos cardíacos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastorno hormonal (por ejemplo, diabetes, tiroides)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas de aprendizaje (por ejemplo, neurológico, disfunción cerebral orgánica)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastorno muscular (por ejemplo, distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión grave, esquizofrenia, trastorno bipolar)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastorno de convulsiones	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Enfermedades hereditarias conocidas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas visuales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
FAS (SAF) / FAE (EAF)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ADD (TDA) / ADHD (TDAH)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Tipo de sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Otra condición médica (especifique):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

14. a. Describa el último estado de salud conocido de la madre biológica.

14. b. Incluya tanto el consumo actual como el histórico de sustancias tóxicas ambientales y/o de sustancias controladas. Marque lo que corresponda:  
 Alcohol  Anfetaminas  Cocaína  Heroína  Marihuana  Tabaco  Tranquilizantes  
 Otro (especifique):

15. Descripción del historial de nacimiento del niño:

A. ¿La madre recibió atención prenatal?  Sí  Informe incluido en la publicación adjunta  No  No sé

B. Verifique si el niño estuvo expuesto a alguna de las siguientes sustancias durante el período prenatal:  Tabaco  Alcohol

Drogas ilegales (especifique):

Fármacos recetados (especifique):

Describa la frecuencia y el momento de uso durante la gestación:

Otras sustancias tóxicas (especifique):

C. ¿Hubieron circunstancias inusuales observadas durante el parto y el alumbramiento?  Sí  No  No sé

Si la respuesta es afirmativa, explique:

### Sección II. Antecedentes e Historial Médico / Genético Familiar del Padre Biológico

1. AÑO DE NACIMIENTO	2. RAZA			3. RELIGIÓN
4. ALTURA	5. PESO	6. COLOR DE OJOS	7. COLOR DE CABELLO	8. ORIGEN ÉTNICO
9. <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Diestro	10. GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS	11. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE		

12. PASATIEMPOS / INTERESES / PROFESIÓN

Recuerde proporcionar un historial clínico del niño lo más completo posible. Indique si el padre biológico, abuelos, hermanos u otros miembros de la familia (parientes de sangre) han tenido o tienen actualmente alguna de las condiciones médicas que se enlistan a continuación. En su caso, proporcionar la edad de inicio, tratamiento, medicación, etc.

13. CONDICIÓN MÉDICA (ESPECIFIQUE LA CONDICIÓN)	PADRE BIOLÓGICO	EDAD DE INICIO, TRATAMIENTO, MEDICACIÓN (SI APLICA)	FAMILIAR	RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO	EDAD DE INICIO, TRATAMIENTO, MEDICACIÓN (SI APLICA)
Alcoholismo y/o drogadicción	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Reacción alérgica (por ejemplo, a alimentos, medicamentos)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Artritis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Defectos congénitos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Agentes patógenos transmitidos por sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos sanguíneos (por ejemplo, hemofilia, anemia de células falciformes)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Cáncer; Tipo:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Cardiovascular (por ejemplo, presión arterial alta, ataques al corazón, derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas / historial ginecológico (por ejemplo, aborto espontáneo, aborto involuntario, mortinato, muerte neonatal)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Defectos cardíacos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastorno hormonal (por ejemplo, diabetes, tiroides)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas de aprendizaje (por ejemplo, neurológico, disfunción cerebral orgánica)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastorno muscular (por ejemplo, distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión grave, esquizofrenia, trastorno bipolar)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Trastorno de convulsiones	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Enfermedades hereditarias conocidas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Problemas visuales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
FAS (SAF) / FAE (EAF)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ADD (TDA) / ADHD (TDAH)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Tipo de sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Otra condición médica (especifique):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Otra condición médica (especifique):					

--	--	--	--	--	--

14. a. Describa el último estado de salud conocido del padre biológico.

14. b. Incluya tanto el consumo actual como el histórico de sustancias tóxicas ambientales y/o de sustancias controladas. Marque lo que corresponda:

- Alcohol    Anfetaminas    Cocaína    Heroína    Marihuana    Tabaco    Tranquilizantes  
 Otro (especifique):

### **Funcionamiento Actual del Niño**

Por favor, proporcione una breve descripción del funcionamiento actual del niño en el hogar. Incluya todos los temas importantes.

Yo, el abajo firmante, soy mayor de 13 años y otorgo el consentimiento para la divulgación de la siguiente información:  condición de VIH;  historial de terapias y diagnósticos de salud mental;  tratamiento actual de salud mental;  métodos anticonceptivos; y  otro, como se especifica:

FIRMA DEL NIÑO	FECHA	DE FIRMA DEL FACILITADOR	FECHA
----------------	-------	--------------------------	-------

Yo / nosotros, el padre(s) adoptivo(s) abajo firmante(s), he/hemos recibido la información médica y educativa, y los documentos adjuntos que se enlistan con respecto a mi/nuestro hijo adoptivo. Yo / nosotros he/hemos revisado la información con el trabajador asignado al caso y hemos tenido la oportunidad de hacer una consulta con un médico de nuestra elección con respecto a esta información. Hemos tenido la oportunidad de pedir que el trabajador asignado al caso busque información adicional. Entiendo/Entendemos que es difícil predecir los problemas de comportamiento y/o emocionales de los niños que han sufrido maltrato y/o descuido. Entiendo/Entendemos que dada la naturaleza de la colocación fuera del hogar, pueden presentarse problemas físicos, emocionales, médicos, sexuales u otros problemas de comportamiento o fortalezas que no se han descubierto o que aún no se han manifestado. Yo/Nosotros acepto/aceptamos la colocación adoptiva de este niño en nuestra familia. Tengo/Tenemos la intención de adoptar a este niño.

FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA	FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA
--------------------------	-------	--------------------------	-------

Yo / nosotros, el padre(s) adoptivo(s) abajo firmante(s), declaramos que hemos tenido la oportunidad de revisar el expediente de este niño y solicitar información adicional. Yo/nosotros hemos sido informado(s) de la disponibilidad del Programa de Apoyo a la Adopción y elegí/elegimos  solicitarlo.  no solicitarlo. Yo / nosotros hemos recibido la información arriba enlistada del historial social y familiar del niño, correspondiente a mi/nuestro hijo adoptivo. Yo/nosotros hemos revisado esta información con el trabajador social y hemos tenido la oportunidad de consultar con los profesionales adecuados, de nuestra elección. Tenemos la intención de continuar con la adopción de este niño. Aceptamos la colocación adoptiva de este niño en nuestra familia.

FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA	FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA
--------------------------	-------	--------------------------	-------