

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
ADMINISTRACION DE FAMILIAS Y NIÑOS
ADMINISTRACION AUXILIAR DE CUIDADO SUSTITUTO Y ADOPCION

INFORME DE EXAMEN MEDICO DE PADRES/MADRES ADOPTIVOS(AS)

Nombre _____ Edad _____ Genero _____

Dirección _____

La persona de epígrafe ha solicitado de nuestra agencia un(a) niño(a) para adopción.

Hemos solicitado de él o ella un informe completo de su condición física que nos ayude a determinar si está capacitada(o) para asumir responsabilidad por un niño(a). Debemos seleccionar padres adoptivos cuya salud física y emocional permitan al niño(a) desarrollarse y crecer respondiendo a su seguridad, bienestar y permanencia en un ambiente saludable. Esta información es de carácter confidencial.

1. Historial Médico

¿Ha padecido el paciente de alguna de las siguientes condiciones médicas?

	SI	NO
Diabetes	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____
Alergias	_____	_____
Enfermedades del Corazón	_____	_____
Cáncer	_____	_____
Discrasias Sanguíneas	_____	_____
Desordenes renales	_____	_____
Enfermedad mental	_____	_____
Ansiedad u otros síntomas neuróticos	_____	_____
Alcoholismo	_____	_____
Adicción a drogas	_____	_____
Accidentes serios	_____	_____
Operaciones quirúrgicas	_____	_____
VIH	_____	_____
Obesidad mórbida	_____	_____
Artritis reumatoidea	_____	_____

En caso afirmativo, describa su alcance y condición actual:

Mencione alguna otra enfermedad o incapacidad que pueda limitar las actividades del paciente o que le afecte para cuidar de un niño(a) por varios años.

Mencione intervenciones quirúrgicas:

II. Examen Físico

- (1) Peso _____ Talla _____ Pulso _____ Presión arterial _____
- (2) Ojos _____ Visión _____
- (3) Oídos _____ Audición _____
- (4) Nariz y garganta _____
- (5) Dentadura y encías _____
- (6) Piel _____
- (7) Pulmones _____
- (8) Corazón _____
- (9) Electrocardiograma _____
- (10) Grasa masa corporal _____

*Si el medico examinador cree que por el historial médico o el examen físico lo amerita.

- (11) Abdomen _____
- (12) Región pélvica _____
(prestando especial atención a la condición de los órganos genitales)
- (13) Extremidades _____
- (14) Sistema nervioso _____
- (15) Sistema endocrino _____

III. Pruebas de Laboratorio. Incluya los resultados.

- (1) Kahn o VDRL: _____
- (2) Examen completo de sangre: _____
- (3) Urinálisis: _____
- (4) Placa de Pecho: _____
- (5) Tipo de Sangre: _____
- (6) Otro: Mencione: _____
- (7) Elisa – Western Blood _____

IV. ¿Revela el examen o el historial médico alguna razón para que esta persona no pueda tener hijos(as) propios? De existir, explique:

Fecha del examen (d-m-a)

Licencia del Médico

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO