

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

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

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

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.

**I. Historial Médico**

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

	SI	NO
Diabetes	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____
Alergias	_____	_____
Enfermedades del Corazón	_____	_____
Cáncer	_____	_____
Discrasias Sanguíneas	_____	_____
Desórdenes 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Menciones 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 médico examinador cree que por el historial médico o el examen físico lo amerita.

- (10) Abdomen \_\_\_\_\_
- (11) Región pélvica \_\_\_\_\_  
(Prestando especial atención a la condición de los órganos genitales)
- (12) Extremidades \_\_\_\_\_
- (13) Sistema nervioso \_\_\_\_\_
- (14) Sistema endocrino \_\_\_\_\_

**III. Pruebas de Laboratorio. Incluye 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