

**HISTORIA DE LA SALUD
INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPIRANTES ADOPTIVOS**

Haga por favor una copia de esta forma o imprima dos copias para que puedan llenarla por separado. Gracias.

NOMBRE: _____

SALUD MENTAL

Usted o cualquier persona en su familia ha recibido el asesoramiento o tratamiento mental de la salud? _____ Si contesta sí, por favor prevea información adicional, incluyendo fecha (o fechas), razón por el cuidado, y medicinas prescritas.

SALUD FÍSICA

Describa su salud en general _____

Compruebe por favor cualesquiera de las enfermedades siguientes de la niñez que usted ha tenido:

_____ Sarampión	_____ Rubiola (3 días)	_____ Rubiola (2 días)
_____ Paperas	_____ Viruela	_____ Tosferina
_____ Roseola	_____ Asma	_____ Fiebre del eno
_____ Encefalitis	_____ Meningitis	_____ Infeccion del oído
_____ Murmuro/corazón reumática	_____ Fiebre escarlatina	_____ Fiebre
_____ Infeccion/orina/vejiga		
_____ Otro (especifique) _____		

Usted ha tenido cirugías delicadas? Si contesta sí, por favor indique las razones y las fechas. _____

**HISTORIA DE LA SALUD
PROPIA, SUS PADRES, Y OTROS PARIENTES**

Indique comprobando en los cuadros apropiados si usted o algunos parientes (por ejemplo, sus padres, hermanos, hermanas, tías, tíos, abuelos, niños, etc.), tienen o han tenido cualesquiera de las condiciones médicas enumeradas abajo. Si marca sí, por favor indique la relación de esa persona con usted y complete la sección de COMENTARIOS. Si una condición médica causo la muerte de un miembro de la familia, indique y diga por favor la edad aproximada de la persona a la hora de muerte en la sección de COMENTARIOS.

Condición Médica	Si, No O Desconocido	Relación Con Usted	Comentarios
IMPEDIMENTOS CONGENITALES Pie de atleta o cualquier problema ortopédico (i.e., pie plano, etc.)			
Harelip (labio de la hendidura) paladar de la hendidura			
Sindrome Down			
Olgunas otras abnormalidades en las cromosomas			
Hidrocefalia			
Muscular Distrofia			Áreas afectadas y edad en el inicio
Dwarfism			
Spina Bífido			
Condición Médica	Si, No O Desconocido	Relación Con Usted	Comentarios
Defecto congénital en el corazón			
Enfermedad De Tay-Sachs			
ALERGIAS El Eczema u otra condición de la piel			Tratamiento o medicación recibida
Fiebre del heno			
Alergia a los medicamentos			A que medicamento?

Alergia a la comida			A que comidas?
OJOS, DIENTES, OIDOS Y DESORDEN DEL DESAROLLO Ceguera, Glaucoma, acromatopsia, o problemas visuales			
Cristales o lentes correctivos de contacto			En qué edad fueron los lentes de la prescritos necesarios?
Clarividente o miope			
El astigmatismo (inhabilidad de enfocarse)			
Estrabismus (cruza los ojos)			
Otro (explique)			
Frenos en los dientes u otro trabajo ortodóntico			Qué trabajo ortodóntico y por cuánto tiempo?
Sordera u otros problemas del oído			Educación especial? Edad en el inicio
Problemas de discurso			Educación especial? en el inicio
Condición Médica	Si, No O Desconocido	Relación Con Usted	Comentarios
Inhabilidad de aprender			Diagnosis/ hospitalización?
Retraso - mental o físico			Diagnosis/ hospitalización?
Desorden Circulatorios Hemophilia			
Anemia o rasgo de la célula osea			
Hipertensión (tensión arterial alta)			Edad en el inicio del tratamiento? Hospitalización?
Embolio			Edad, tratamiento?
Ataque Del Corazón (coronario)			Edad, tratamiento?

Artritis			Qué clase? Edad en el inicio y áreas afectadas.
Hepatitis			Qué tipo? Edad en el inicio y el tratamiento.
Enfermedad del riñón			Edad en el inicio y el tratamiento
Desorden Hormonal Diabetes			Edad en el inicio y el tratamiento.
Condición Médica	Si, No O Desconocido	Relación Con Usted	Comentarios
Desorden De la Tiroides			Edad en el inicio y el tratamiento
Obesidad (sobre peso)			Edad en el inicio y el tratamiento
DESORDENES RESPIRATORIOS Asma			Tratamiento
Tuberculosis			Qué clase y edad en el inicio?
Enfisema			Edad en el inicio.
DESORDEN EN EL COMPORTAMIENTO MENTAL Diagnostico Esquizofrenico			Edad en el inicio y el tratamiento. Hospitalización?
Diagnosticado Maniaco Depresivo			Tratamiento
Algunas otras enfermedades mentales			Describa, con el adicional en caso necesario.

Alcoholismo o bebedor pesado			Treatment/ hospitalización?
Uso de drogas			Clase, cantidad y está tomando?
Desorden Linfáticos Cancer			Clase, edad en el inicio, áreas afectadas
Tumores			Clase, edad en el inicio, áreas afectadas
Condición Médica	Si, No O Desconocido	Relación Con Usted	Comentarios
Fibrosis Enquistada			Edad en el inicio, áreas afectadas
Enfermedad De Hodgkin			Edad en el inicio, áreas afectadas
DESORDEN EN EL SISTEMA NERVIOSO Múltiple Esclerosis			Edad en el inicio, áreas afectadas
Enfermedad De Huntington			Edad en el inicio, áreas afectadas
Parálisis Cerebral			Edad en el inicio
Ataques o convulsiones			Frecuencia, edad en el inicio del tratamiento
Epilepsia			Frecuencia, edad en El inicio, del tratamiento
INFECCIÓN, HOSPITALIZACION Fiebre repetida con ataques			Diagnosis
Infecciones severas que se hayan repetido y que hayan requerido			Diagnosis

hospitalización			
Hospitalización, operación o lesión			Cuando y para qué
Otros problemas médicos o de salud			Describe

Firma _____

Fecha