

## INFORMASI MENGENAI IBU BIOLOGIS

Nama Anak:	Nomor Kasus:
Nama Pekerja yang Menangani Kasus:	Nama Badan:

## PETUNJUK PENGISIAN:

- Cetaklah dengan jelas – gunakan tinta.
- Lengkapi semua soal. Jika Anda tidak tahu jawaban untuk suatu soal, tuliskan “tidak tahu”.
- Formulir AD 67 ini terdiri atas dua bagian terpisah. Bagian I berisi informasi identifikasi dan akan selalu dijaga kerahasiaannya. Tidak sedikitpun dari informasi ini akan diberikan kepada anak Anda yang diadopsi atau orang tua angkatnya kecuali bila Anda telah memberikan izin tertulis. Bagian II berisi “informasi di luar identifikasi”. Menurut ketentuan *California Adoption Law* (Undang-undang Adopsi California), salinan Bagian II yang berisi informasi medis, psikologis dan sosial ini harus diberikan pada orang tua angkat sebelum proses adopsi selesai dan atas permintaan tertulis dari anak yang diadopsi saat dia mencapai usia 18 tahun.

## BAGIAN I– INFORMASI IDENTIFIKASI MENGENAI IBU BIOLOGIS

## A. NAMA / ALAMAT:

NAMA LAHIR IBU (NAMA DEPAN, TENGAH, BELAKANG)		NAMA KECIL		NAMA LAIN YANG DIKETAHUI	
NOMOR SOCIAL SECURITY	NOMOR SURAT IZIN MENGEMUDI	TANGGAL LAHIR (BLN, HARI, TH)	TEMPAT LAHIR (KOTA, NEGARA BAGIAN/PROVINSI, NEGARA)		
ALAMAT SEKARANG (JALAN, KOTA, NEGARA BAGIAN, KODE POS)					NOMOR TELEPON ( )
ALAMAT POS PERMANEN (JALAN, KOTA, NEGARA BAGIAN, KODE POS) *					NOMOR TELEPON PERMANEN ( )
BATASAN PENGGUNAAN ALAMAT POS PERMANEN, JIKA ADA					

## B. ORANG TUA DARI IBU BIOLOGIS – (Orang tua yang membesarkan Anda):

NAMA IBU DARI IBU BIOLOGIS (NAMA DEPAN, TENGAH, BELAKANG)			NAMA AYAH DARI IBU BIOLOGIS (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)		
ALAMAT	JALAN	KOTA	ALAMAT	JALAN	KOTA
NEGARA BAGIAN		KODE POS	NEGARA BAGIAN		KODE POS
APAKAH IBU ANDA MENGETAHUI ADOPSI INI? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU			APAKAH AYAH ANDA MENGETAHUI ADOPSI INI? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU		
JIKA KAMI PERLU MENGETAHUI KEBERADAAN ANDA DI KEMUDIAN HARI, BOLEHKAH KAMI MENGHUBUNGI IBU ANDA UNTUK MEMINTA BANTUANNYA? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK			JIKA KAMI PERLU MENGETAHUI KEBERADAAN ANDA DI KEMUDIAN HARI, BOLEHKAH KAMI MENGHUBUNGI AYAH ANDA UNTUK MEMINTA BANTUANNYA? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		

## C. AYAH SI ANAK:

NAMA AYAH BIOLOGIS SI ANAK (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)	NOMOR TELEPON PERMANEN (KODE WILAYAH) NOMOR
ALAMAT TERAKHIR YANG DIKETAHUI (JALAN, KOTA, NEGARA BAGIAN, NEGARA JIKA DI LUAR AMERIKA SERIKAT.)	

## D. RIWAYAT PERKAWINAN:

1. Saat ini Anda menikah?  YA  TIDAK Jika ya, siapa nama suami Anda? \_\_\_\_\_  
(DEPAN, TENGAH, BELAKANG)

Alamat suami Anda? \_\_\_\_\_

AKTA PERNIKAHAN ANDA YANG SEKARANG DIDAPATKAN DI (KOTA, WILAYAH, NEGARA BAGIAN)

TEMPAT PERNIKAHAN DILANGSUNGKAN (KOTA, WILAYAH, NEGARA BAGIAN)	TANGGAL PERNIKAHAN (BLN, HARI, THN)
--	-------------------------------------

\* CATATAN: Penting bagi Anda untuk memberitahu *Department of Social Services California* bila ada perubahan apapun dalam alamat pos permanen Anda.

**2. Anda pernah menikah?**  YA  Tidak **Jika Ya, jawablah hal berikut ini:**

NAMA MANTAN PASANGAN ANDA	TEMPAT PENERBITAN AKTA NIKAH	TANGGAL & TEMPAT PERKAWINAN	TANGGAL & TEMPAT PERCERAIAN	JIKA PASANGAN ANDA TELAH MENINGGAL, SEBUTKAN TANGGAL & TEMPAT KEMATIANNYA	JUMLAH ANAK DARI PERNIKAHAN TERSEBUT
1					
2					
3					

**E. ANAK-ANAK LAIN:**

Apakah Anda memiliki anak-anak lain selain anak Anda yang diadopsi ini?.....  YA  Tidak

Jika Ya, lengkapi hal berikut ini.

NAMA ANAK	JENIS KELAMIN L P	TANDA ( ) JIKA MEMILIKI HUBUNGAN DARAH DENGAN ANAK YANG DIADOPSIS KANDUNG TIRI	TANGGAL LAHIR ANAK	SIAPA YANG MERAWAT ANAK INI? (Sebutkan hubungan si pengasuh dengan anak ini)
1				
2				
3				
4				

**F. KETURUNAN INDIAN AMERIKA:**

Adakah anggota keluarga Anda dari pihak ayah atau ibu Anda yang merupakan keturunan Indian Amerika? .....  YA  Tidak

Jika ya, lengkapilah formulir yang semestinya (JV-135/ADOPT-226)

Jika ya, suku bangsa apa?..... Di mana lokasi suku bangsa tersebut?.....  YA  Tidak

Apakah Anda atau orang tua Anda saat ini terdaftar pada suku bangsa itu atau ada leluhur Anda yang pernah terdaftar pada suku bangsa itu?  YA  Tidak

Jika ya, berapa nomor pendaftaran Anda atau mereka?.....

Pernahkah Anda, orang tua Anda, kakek nenek Anda atau leluhur Anda memiliki *Certificate of Degree of Indian Blood* (CDIB)?  YA  Tidak

Jika ya, harap lampirkan salinan CDIB tersebut pada formulir daftar pertanyaan ini.

**G. KONSELING PSIKOLOGIS**

Pernahkah Anda menemui psikologi, psikiater, pekerja sosial klinik, ahli terapi kesehatan jiwa atau kesehatan perilaku untuk masalah emosi atau masalah psikologis atau masalah perilaku apapun yang pernah Anda alami? .....  YA  Tidak

Jika ya, lengkapi soal berikut ini.

TANGGAL DAN ALASAN PERAWATAN:

---

NAMA AHLI TERAPI DAN / ATAU BADAN YANG MENYEDIAKAN PERAWATAN: \_\_\_\_\_ LOKASI: \_\_\_\_\_

SEBUTKAN OBAT YANG DIRESEPKAN SELAMA PERAWATAN ANDA:

---

ALASAN BERHENTI BILA TIDAK LAGI MENJALANI PERAWATAN:

---

**H. PERTANYAAN MENGENAI ADOPSI: (*Hanya Untuk Adopsi Independen*)**

1. Apakah Anda diwakili pengacara Anda selama proses adopsi ini?.....  YA  Tidak

2. Apakah pengacara Anda juga menjadi pengacara bagi orang tua angkat?.....  Ya  Tidak  Tidak Tahu

3. Bagaimana cara pembayaran untuk kehamilan, perawatan selama kehamilan dan kelahiran ini? \_\_\_\_\_

4. Apakah orang tua angkat membayar biaya hidup Anda? .....  Ya  Tidak

Berapa jumlahnya? \_\_\_\_\_

5. Menurut Undang-undang Adopsi California, orang tua biologis yang menyerahkan anaknya untuk diadopsi harus memiliki pengetahuan pribadi mengenai informasi berikut perihal calon orang tua angkat: nama lengkap yang sah; usia; agama; ras atau keturunan; usia pernikahan yang sekarang dan jumlah pernikahan sebelumnya; pekerjaan; anak-anak lain atau orang dewasa yang tinggal di rumah mereka; anak-anak lain yang tidak tinggal di rumah mereka dan kewajiban tunjangan anak untuk anak-anak tersebut serta kegagalan apapun dalam memenuhi kewajiban ini; penyakit apapun yang mungkin memperpendek harapan hidup mereka atau membatasi kegiatan normal mereka sehari-hari; hukuman apapun untuk tindakan kriminal selain pelanggaran lalu lintas ringan; peristiwa apapun juga mengenai pemindahan anak-anak dari pengasuhan mereka akibat penyiksaan terhadap anak atau kelalaian atas anak; daerah tempat tinggal mereka secara umum, atau alamat mereka jika diminta.

6. Apakah setidaknya Anda memiliki informasi ini mengenai orang tua angkat tersebut?.....  Ya  Tidak

7. Informasi apalagi yang Anda inginkan atau butuhkan mengenai orang tua angkat tersebut? \_\_\_\_\_

8. Pernahkah Anda bertemu dengan orang tua angkat tersebut? .....  Ya  Tidak

9. Jika Ya, seberapa baikkah Anda mengenal mereka? \_\_\_\_\_

TANDA TANGAN IBU BIOLOGIS \_\_\_\_\_ TANGGAL PENGISIAN FORMULIR \_\_\_\_\_

Informasi di atas diberikan oleh: (Tandai kotak yang sesuai)

Ibu Biologis  Ayah Biologis  Lainnya (Jelaskan) \_\_\_\_\_

NAMA ANAK:	NOMOR KASUS:
NAMA PEKERJA YANG MENANGANI KASUS:	NAMA BADAN:

**BAGIAN II – INFORMASI DI LUAR IDENTIFIKASI MENGENAI IBU BIOLOGIS**

Informasi ini akan diberikan pada orang tua angkat dan akan tersedia bagi anak Anda. Harap jawab semua pertanyaan selengkap mungkin.

**BAGIAN I – KARAKTERISTIK IBU BIOLOGIS PADA SAAT KELAHIRAN ANAK YANG DIADOPSI****A. INFORMASI UMUM DAN GAMBARAN FISIK:**

TINGGI BADAN	BERAT BADAN YANG BIASANYA	WARNA MATA	WARNA KULIT	WARNA RAMBUT ALAMI	TESKTUR RAMBUT YANG ALAMI (TANDAI SEMUA YANG SESUAI) <input type="checkbox"/> HALUS <input type="checkbox"/> SEDANG <input type="checkbox"/> KASAR <input type="checkbox"/> LURUS <input type="checkbox"/> IKAL <input type="checkbox"/> KERITING <input type="checkbox"/> BOTAK
TANGGAL LAHIR (TAHUN SAJA)	TEMPAT LAHIR (NEGARA BAGIAN SAJA)	JENIS DARAH	Faktor R.H.	JENIS TUBUH <input type="checkbox"/> BERTULANG KECIL <input type="checkbox"/> BERTULANG SEDANG <input type="checkbox"/> BERTULANG BESAR	BERTULANG SEDANG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KIDAL

Ras/Kelompok Suku Bangsa

Kulit Putih    Meksiko    Filipina    Kulit Hitam    Asia Atau Kepulauan Pasifik

Indian Amerika Atau Penduduk Asli Alaska    Lainnya (Sebutkan) .....

Jika Anda adalah Indian Amerika atau Penduduk Asli Alaska, harap sebutkan nama suku bangsa dan tingkat darah Indian Anda (jika tahu) .....

KETURUNAN KEBANGSAAN YANG SPESIFIK (MISAL: IRLANDIA, PERANCIS, JERMAN, KANTON, MEKSIKO, NIGERIA)

**B. PENDIDIKAN**

PENDIDIKAN TERAKHIR YANG DITEMPUH	SAAT INI ANAK TERSEBUT BERSEKOLAH? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	NILAI YANG BIASA DIPEROLEHNYA DI SEKOLAH	PELATIHAN LAIN
-----------------------------------	--	--	----------------

KEGIATAN EKSTRA KURIKULER

MATA PELAJARAN YANG DISUKAI

**C. PEKERJAAN**

PEKERJAAN SAAT INI	BERAPA LAMA?	PEKERJAAN YANG BIASA DILAKUKAN
--------------------	--------------	--------------------------------

APAKAH TUJUAN ANDA DALAM HAL PEKERJAAN? (MISAL: MENJADI GURU, TUKANG LAS, KASIR PENJUALAN)

**D. KEPRIBADIAN**

GAMBARKAN KEPRIBADIAN ANDA BERKENAAN DENGAN PERILAKU, SIKAP, SUASANA HATI YANG BIASANYA, KEGIATAN YANG BIASANYA ANDA GELUTI, JENIS-JENIS ORANG YANG ANDA SUKAI DALAM PERGAULAN, DAN SEBAGAINYA.

GAMBARKAN BAKAT, HOBI DAN TUJUAN HIDUP ANDA.

GAMBARKAN BAGAIMANA DIRI ANDA SEMASA KANAK-KANAK.



**F. RIWAYAT HAID IBU BIOLOGIS DAN RIWAYAT KEHAMILAN SAAT MENGANDUNG ANAK TERSEBUT:**

<b>1. RIWAYAT HAID</b>	BERAPA USIA ANDA SAAT MULAI MENDAPAT HAID?	BERAPA LAMA BIASNYA HAID ANDA?	APAKAH HAID ANDA TERATUR? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	JUMLAH HARI DALAM SIKLUS
ADAKAH MASALAH DENGAN HAID ANDA? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> JIKA YA, HARAP JELASKAN			APAKAH IBU ANDA MENGONSUMSI OBAT DIETHYLSTILBESTROL SAAT MENGANDUNG ANDA? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> TIDAK TAHU	

<b>2. KEHAMILAN INI:</b>	NAMA DAN ALAMAT DOKTER KANDUNGAN YANG MERAWAT KEHAMILAN ANDA			
	NAMA DOKTER KANDUNGAN	ALAMAT	JALAN	KOTA, NEGERA BAGIAN KODE POS
KAPAN ANDA MULAI MENDAPAT PERAWATAN KEHAMILAN?	BERAPA USIA ANDA SAAT MENGANDUNG?	BERAPA MINGGU LAMANYA KEHAMILAN INI?	JENIS KELAHIRAN TUNGGAL <input type="checkbox"/> LEBIH DARI SATU <input type="checkbox"/> JIKA LEBIH DARI SATU, BERAPA BANYAK?	
ADAKAH KOMPLIKASI SELAMA KEHAMILAN INI? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> JIKA YA, HARAP JELASKAN			ADAKAH ANAK-ANAK LAIN YANG ANDA LAHIRKAN? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> JIKA YA, BERAPA BANYAK	

<b>3. PENYAKIT SELAMA KEHAMILAN INI</b>	CAMPAK JERMAN <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	PENYAKIT HER <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	MENULAR SEKSUAL KENCING NANAH <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	SIFILIS <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	VIRUS (missal: flu) <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	KECELAKAAN <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
	INFEKSI <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	CHLAMYDIA <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	KUTIL KELAMIN <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK			

JIKA ANDA MENJAWAB YA UNTUK PERTANYAAN DI ATAS, SEBUTKAN JENIS PENYAKIT, TANGGAL, DAN JENIS PERAWATAN YANG ANDA JALANI

**4. OBAT YANG DIGUNAKAN SELAMA KEHAMILAN INI DAN SATU TAHUN SEBELUMNYA:**

a. <u>Obat yang Diresepkan:</u> [Sebutkan]	DIGUNAKAN SELAMA KEHAMILAN INI		DIGUNAKAN DALAM WAKTU SATU TAHUN SEBELUM KEHAMILAN		KAPAN?	SEBERAPA SERING?	BANYAKNYA?
	YA	TIDAK	YA	TIDAK			
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>b. <u>Obat yang Dijual Bebas. Termasuk aspirin, obat tetes hidung, dan sebagainya.</u></b>							
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>c. <u>Alkohol and zat-zat lainnya:</u></b>							
1. Alkohol (anggur, bir, dan sebagainya.)							
2. Amphetamine (stimulan).....							
3. Obat tidur (depresan).....							
4. Tembakau.....							
5. Kokain.....							
6. Crack (kristalisasi bentuk dasar kokain)							
7. Heroin.....							
8. LSD.....							
9. PCP.....							
10. Mariyuana.....							
11. Lainnya (sebutkan).....							

Pernahkah Anda menggunakan obat IV?  YA  TIDAK

**G. RIWAYAT KESEHATAN PRIBADI:**

GAMBARAKAN KESEHATAN ANDA SECARA UMUM

PENYAKIT APA YANG ANDA DERITA SEMASA KANAK-KANAK?

CAMPAK:

- |  |  |                                     |  |  |  |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RUBELA (3 HARI)   | <input type="checkbox"/> PENYAKIT GONDOK                 | <input type="checkbox"/> TAMPEK     | <input type="checkbox"/> INFeksi TELINGA | <input type="checkbox"/> DEMAM REMATIK TELINGA | <input type="checkbox"/> DEMAM SKARLET/SKARLATINA              |
| <input type="checkbox"/> RUBELA (3 MINGGU) | <input type="checkbox"/> CACAR AIR                       | <input type="checkbox"/> ASMA       | <input type="checkbox"/> RADANG OTAK     | <input type="checkbox"/> BISING JANTUNG        | <input type="checkbox"/> INFeksi SALURAN KENCING/KANDUNG KEMIH |
|  | <input type="checkbox"/> DEMAM AKIBAT ALERGI SERBUK SARI | <input type="checkbox"/> MENINGITIS |  | <input type="checkbox"/> DEMAM REMATIK         | <input type="checkbox"/> LAINNYA (SEBUTKAN)                    |

PERNAHKAH MENJALANI OPERASI BESAR?

- YA  TIDAK  JIKA YA, KARENA PENYAKIT APA/DAN KAPAN?

APAKAH ANDA

- KEMBAR  KEMBAR TIGA

APAKAH ANDA

- KEMBAR IDENTIK ATAU  KEMBAR SEPUSAT

**H. RIWAYAT KELUARGA ANDA:**

APAKAH ANDA ATAU ANGGOTA KELUARGA TERDEKAT ANDA DIADOPSI?

- YA  TIDAK  JIKA YA, HARAP SEBUTKAN SIAPA

	AYAH BIOLOGIS ANDA		IBU BIOLOGIS ANDA	
	TINGGI BADAN	BERAT BADAN	TINGGI BADAN	BERAT BADAN
Usia saat ini.....				
Jika telah meninggal, usia saat meninggal.....				
Penyebab kematian.....				
Tinggi & Berat Badan .....	TINGGI BADAN	BERAT BADAN	TINGGI BADAN	BERAT BADAN
Warna dan tekstur rambut.....				
Warna mata.....				
Warna kulit.....				
Tangan kanan atau kidal.....				
Ciri-ciri yang menyolok.....				
Pendidikan yang Ditempuh.....				
Pekerjaan.....				
Kelompok Ras/Keturunan.....	<input type="checkbox"/> KULIT PUTIH <input type="checkbox"/> MEKSIKO <input type="checkbox"/> KULIT HITAM <input type="checkbox"/> FILIPINA <input type="checkbox"/> ASIA ATAU KEPULAUAN PASIFIK <input type="checkbox"/> LAINNYA (SEBUTKAN) <input type="checkbox"/> INDIAN AMERIKA ATAU PENDUDUK ASLI ALASKA		<input type="checkbox"/> KULIT PUTIH <input type="checkbox"/> MEKSIKO <input type="checkbox"/> KULIT HITAM <input type="checkbox"/> FILIPINA <input type="checkbox"/> ASIA ATAU KEPULAUAN PASIFIK <input type="checkbox"/> LAINNYA (SEBUTKAN) <input type="checkbox"/> INDIAN AMERIKA ATAU PENDUDUK ASLI ALASKA	
Kebangsaan.....				
Agama.....				
Apakah orang tua ini mengetahui kehamilan Anda?.....	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	
Berapa saudara laki-laki/saudara perempuan yang dimilikinya?.....				
Jika ada om atau tante Anda yang meninggal, sebutkan usianya saat meninggal dan penyebab kematiannya.....				
	ORANG TUA AYAH ANDA		ORANG TUA IBU ANDA	
	AYAH	IBU	AYAH	IBU
Usia.....				
Jika telah meninggal, usia saat meninggal dan penyebab kematiannya.....				
Gambarkan penampilan fisik.....				
Tinggi & Berat Badan.....	TINGGI BADAN	BERAT BADAN	TINGGI BADAN	BERAT BADAN
Ciri-ciri yang Menyolok.....				
Pendidikan yang Ditempuh.....				
Pekerjaan saat ini dan yang sebelumnya.....	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
Apakah dia mengetahui kehamilan Anda?.....				

**H. RIWAYAT KELUARGA ANDA: (LANJUTAN)****SAUDARA LAKI-LAKI DAN SAUDARA PEREMPUAN ANDA***(Jika jumlah saudara Anda lebih dari 4 orang, harap gunakan lembar tambahan)*

	1		2		3		4	
Jenis Kelamin (Laki-laki atau Perempuan)								
Usia.....								
Jika telah meninggal, sebutkan usia saat meninggal dan penyebab kematiannya...								
Saudara kandung atau tiri?.....	<input type="checkbox"/> KANDUNG <input type="checkbox"/> TIRI							
Tinggi Badan & Berat Badan.....	TINGGI BADAN	BERAT BADAN						
Warna dan tekstur rambut.....								
Warna mata.....								
Warna kulit.....								
Hobi and bakat.....								
Pendidikan Terakhir yang Ditempuh.....								
Saat ini Bersekolah?.....	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK							
Pekerjaan.....								
Mengetahui Kehamilan tersebut? .....	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK							
Status Pernikahan.....								
Jumlah Anak Mereka.....								
Kesehatan anak mereka.....								

**ANAK-ANAK ANDA LAINNYA***(Jika jumlah anak Anda lebih dari 4 orang, harap gunakan lembar tambahan)*

	ANAK NO. 1		ANAK NO. 2		ANAK NO. 3		ANAK NO. 4	
Sebutkan apakah putra atau putri.....								
Tanggal lahir atau usia.....								
Anak ini adalah saudara kandung atau saudara tiri anak yang diadopsi?.....	<input type="checkbox"/> KANDUNG <input type="checkbox"/> TIRI							
Jika telah meninggal, sebutkan usia saat meninggal .....								
Penyebab kematian.....								
Tinggi Badan & Berat Badan.....	TINGGI BADAN	BERAT BADAN						
Warna dan tekstur rambut.....								
Warna mata.....								
Warna kulit.....								
Tangan kanan atau kidal.....								
Kelas di sekolah.....								
Apakah anak ini tinggal bersama Anda?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK							
Hobi dan bakat.....								
Kesehatan secara umum.....								
Operasi Besar yang Pernah Dijalani....								
Masalah Kesehatan.....								
Apakah anak ini mengetahui kehamilan Anda? .....	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK							

**I. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA, DAN SANAK KELUARGA ANDA**

Sebutkan dengan menandai kotak yang sesuai jika ANDA atau SANAK KELUARGA Anda yang manapun (yakni orang tua, saudara perempuan, saudara laki-laki, tante, om, kakek dan nenek, anak-anak lain yang Anda lahirkan, dan sebagainya.) pernah atau saat ini menderita penyakit yang disebutkan di bawah ini. Sebutkan hubungan orang itu dengan Anda. Harap lengkapi Bagian Komentar. Jika suatu penyakit menyebabkan anggota keluarga Anda meninggal, di Bagian Komentar sebutkanlah hal ini dan berapa kira-kira usianya saat meninggal.

PENYAKIT	TIDAK	Tidak Dikelahui	YA Saya Sendiri	YA –SANAK KELUARGA (Sebutkan hubungannya dengan Anda)	KOMENTAR
A. KELAINAN BAWAAN					
1. <i>Clubfoot</i> (kaki pekuk) atau masalah ortopedis apapun (yaitu telapak kaki rata, dan sebagainya.)					
2. Bibir sumbing ( <i>cleft lip</i> ) atau cacat celah langit mulut ( <i>cleft palate</i> )					
3. <i>Downs Syndrome</i>					
4. Keabnormalan kromosom lainnya					
5. <i>Hydrocephalus</i> (Kelebihan cairan di kepala)					
6. <i>Muscular dystrophy</i> (kelainan otot)					Bagian tubuh yang terkena? Usia saat mulai terkena?
7. <i>Dwarfism</i> (tubuh kerdil)					
8. <i>Spina bifida</i> (sumbing tulang belakang)					
9. Cacat jantung bawaan					
10. <i>Sickle Cell Anemia</i> (Anemia Sel Sabit)					
11. <i>Tay-Sachs</i> (penyakit fatal pada system syaraf pusat)					
B. ALERGI					Alergi apa? Perawatan atau pengobatan apa yang Anda dapatkan?
1. Eksim atau penyakit kulit lainnya					
2. <i>Hay fever</i> (demam akibat serbuk sari) atau alergi lainnya					
3. Alergi terhadap obat					Obat apa?
4. Alergi terhadap makanan					Makanan apa?
C. GANGGUAN PADA MATA, GIGI, TELINGA, DAN ANGGUAN PERTUMBUHAN					
1. Kebutaan, glaukoma, buta warna atau berbagai masalah penglihatan lainnya					
2. Memakai bantuan kacamata atau kontak lens					Berapa usia Anda saat perlu memakai lensa yang diresepkan?
RABUN DEKAT <input type="checkbox"/>					
RABUN JAUH <input type="checkbox"/>					
Astigmatisme (tidak mampu berfokus) <input type="checkbox"/>					
Strabismus (mata juling) <input type="checkbox"/>					
Lainnya (sebutkan) <input type="checkbox"/>					
3. Memakai kawat gigi atau menjalani perawatan gigi lainnya					Jika ya, perawatan gigi macam apa yang Anda dapatkan dan berapa lama?

## I. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA, DAN SANAK KELUARGA Anda (Lanjutan):

PENYAKIT	TIDAK	Tidak Diketahui	YA Saya Sendiri	YA – SANAK KELUARGA (Sebutkan hubungannya dengan Anda)	KOMENTAR
4. Tuli atau masalah telinga lainnya					Mendapat pendidikan khusus? Jika "ya", sebutkan usia yang bersangkutan saat mulai mendapatkan pendidikan tersebut.
5. Hambatan dalam kemampuan berbicara					
6. Ketidakmampuan belajar					Adakah diagnosanya? Opname?
7. Keterbelakangan: mental atau fisik					
D. GANGGUAN PERNAFASAN					
1. <i>Hemophilia</i> (gangguan pembekuan darah)					
2. Anemia sel sabit atau sifat sel sabit ( <i>sickle cell trait</i> )					
3. Hipertensi (tekanan darah tinggi)					Usia saat mulai menderita penyakit ini? Perawatan apa yang didapatkan? Opname?
4. <i>Stroke</i>					
5. Serangan jantung (koroner)					
6. Radang sendi					Jenis apa? Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini? Bagian tubuh yang mana?
7. Penyakit ginjal					Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini? Perawatan apa yang didapatkan? ?
E. GANGGUAN HORMON					Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini? Bagian tubuh yang mana?
1. Diabetes					
2. Gangguan tiroid					
3. Obesitas (kelebihan berat badan)					
F. GANGGUAN PERNAFASAN					Adakah penyebabnya (yang diketahui?) Perawatan apa yang didapatkan?
1. Asma					
2. <i>Emphysema</i> (kerusakan pada jaringan paru-paru)					Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini?
3. TBC					Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini? Jenis apa? Bagian tubuh yang mana?
G. GANGGUAN JIWA DAN PERILAKU					Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini? Perawatan apa yang didapatkan? Opname?
1. Penyakit schizofrenia yang telah didiagnosa					
2. Penyakit mania depresif yang telah didiagnosa					
3. Penyakit jiwa lainnya. Gambarkan dengan menggunakan halaman tambahan, jika perlu					
4. Alkoholisme atau terlalu banyak mengkonsumsi minuman beralkohol					
5. Menggunakan Obat Terlarang					Jenis dan kadarnya, dan kapan dikonsumsi?

## I. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA, DAN SANAK KELUARGA Anda (Lanjutan):

PENYAKIT	TIDAK	Tidak Diketahui	YA Saya Sendiri	YA –SANAK KELUARGA (Sebutkan hubungannya dengan Anda)	KOMENTAR
H. GANGGUAN KELENJAR GETAH BENING					Jenis apa? Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini? Bagian tubuh yang mana?
1. Kanker					
2. Tumor					
3. <i>Cystic fibrosis</i> (Penyakit paru-paru kronis)					
4. Penyakit <i>Hodgkin</i>					Bagian tubuh yang terkena? Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini?
I. GANGGUAN SISTEM SYARAF					
1. <i>Multiple sclerosis</i> (penyakit kronis yang menyerang susunan syaraf pusat)					
2. Penyakit <i>Huntington</i>					
3. <i>Cerebral palsy</i> (kelumpuhan otak besar)					Berapa usianya saat mulai menderita penyakit ini? Perawatan apa yang didapatkan? Frekwensinya?
4. Kejang atau sawan					
5. Epilepsi					Diagnosanya?
J. INFEKSI, OPNAME					
1. Berulang kali terserang demam disertai infeksi					
2. Berulang kali terserang infeksi yang parah hingga perlu diopname					Untuk apa? Kapan?
3. Opname, operasi, atau terluka					
K. MASALAH MEDIS ATAU MASALAH KESEHATAN LAINNYA					