

**HISTORIAL PSICOSOCIAL Y MEDICO DEL NIÑO(A)**

NOMBRE ADOPTIVO DEL NIÑO		SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEMEN.	FECHA DE NACIMIENTO:
FECHA EN QUE SE COLOCO EN ADOPCION:	EDAD CUANDO SE COLOCO EN ADOPCION:	LUGAR DONDE NACIO:	
COMPLETADA POR:	FECHA EN QUE SE COMPLETO:	Nº DEL CASO/IDENTIFICACION DE LA OFICINA/AGENCIA :	

CUALQUIER DOCUMENTO ADJUNTO A ESTE FORMULARIO TIENE QUE CUMPLIR CON LA SECCION 35195 (ADOPCIONES NO INDEPENDIENTES) O CON LA SECCION 35094 (ADOPCIONES INDEPENDIENTES) DEL TITULO 22 DEL CODIGO DE ORDENAMIENTOS DE CALIFORNIA (CCR) SOBRE EL REQUISITO DE SUPRIMIR LA INFORMACION QUE RESULTE EN UNA IDENTIFICACION.

EL TRABAJADOR ENCARGADO DEL CASO DE LA OFICINA/AGENCIA QUE ESTA COLOCANDO AL NIÑO O DE LA QUE ESTA INVESTIGANDO LA PETICION PARA LA ADOPCION IDENTIFICARA CUALES DE LOS SIGUIENTES ARTICULOS ESTAN ADJUNTOS A ESTE FORMULARIO, PONIENDO SUS INICIALES EN EL ESPACIO QUE SE PROPORCIONA.

- \_\_\_\_\_ EVALUACION SOBRE LA ADOPCION DEL NIÑO: Fecha: \_\_\_\_\_ Completada por: \_\_\_\_\_  
(22 CCR sección 35127.1 [adopciones no independientes]/22 CCR sección 35093 [adopciones independientes])
- \_\_\_\_\_ INFORMACION SOBRE LOS ANTECEDENTES DE LA MADRE BIOLOGICA DEL NIÑO (*AD 67 y la descripción narrativa*)
- \_\_\_\_\_ INFORMACION SOBRE LOS ANTECEDENTES DEL PADRE BIOLOGICO DEL NIÑO (*AD 67a y la descripción narrativa*)
- \_\_\_\_\_ EXPEDIENTES RELACIONADOS AL NACIMIENTO DEL NIÑO. Nombre del hospital: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ EXPEDIENTES RELACIONADOS AL CUIDADO MEDICO DEL NIÑO DESPUES DE SU NACIMIENTO

Se adjuntan los siguientes expedientes médicos:

NOMBRE DEL PROVEEDOR	TIPO DE PROVEEDOR	FECHAS

\_\_\_\_\_ **HISTORIAL DE DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO**

Se adjuntan las siguientes evaluaciones o reportes sobre el funcionamiento del desarrollo físico, cognitivo, emocional y/o el comportamiento del niño:

TIPO DE REPORTE	PROVEEDOR	FECHA DEL REPORTE

\_\_\_\_\_ **PASAPORTE DE SALUD Y EDUCACION** DEL NIÑO EN RELACION AL CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL (*documento de la Oficina de Servicios para Bienestar de Niños/Sistema de Administración de Casos [CWS/CMS] y cualquier documentación relacionada*)

\_\_\_\_\_ HISTORIAL SOBRE LAS COLOCACIONES DEL NIÑO

\_\_\_\_\_ HISTORIAL DEL NIÑO/EXPERIENCIAS EN SU VIDA FAMILIAR ANTES DE SER COLOCADO EN CUIDADO FUERA DEL HOGAR

(*INCLUYENDO HISTORIAL DE ABUSO O DE DESCUIDO*)

# HISTORIAL PSICOSOCIAL Y MEDICO DEL NIÑO(A) - CONTINUACION

SE ADJUNTAN LOS SIGUIENTES REPORTES ADICIONALES:

TIPO DE REPORTE	PROVEEDOR	FECHA DEL REPORTE

\_\_\_\_\_ RECOMENDACIONES/COMENTARIOS DE LA OFICINA/AGENCIA A LA FAMILIA ADOPTIVA (adjunte una página adicional si se necesita)

LOS SIGUIENTES EXPEDIENTES O DOCUMENTOS NO ESTAN DISPONIBLES:

EXPEDIENTES/REPORTES	FECHA(S)	RAZON QUE NO ESTA DISPONIBLE

Se les ha proporcionado a los padres adoptivos toda la información sobre los antecedentes médicos, psicológicos y sociales a la disposición del departamento o de la oficina/agencia con respecto al niño que se nombra anteriormente.

TRABAJADOR DEL CASO DE ADOPCIONES	OFICINA/AGENCIA	FECHA

## Notificación a los padres adoptivos

Basándose en la evaluación de la oficina/agencia, la oficina/agencia de adopciones cree que la información que se adjunta es verdadera y correcta según su mejor saber y entender.

Según la ley en California, no se puede colocar para adopción a un niño a menos que se proporcione un reporte escrito sobre su historial médico. Este formulario y los documentos que se adjuntan se proporcionan para cumplir con ese requisito. Su firma a continuación verifica que recibió esta información.

Reconocemos que se nos aconsejó que consultáramos a un médico y/o a un profesional en asuntos de la salud mental para recibir una evaluación o interpretación de los documentos adjuntos con respecto al historial psicosocial y médico del niño que se menciona anteriormente.

**RECONOCEMOS QUE TENEMOS EN NUESTRA POSESION TODOS LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE SOBRE NUESTRO HIJO ADOPTIVO.**

POSIBLE PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA
POSIBLE PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA