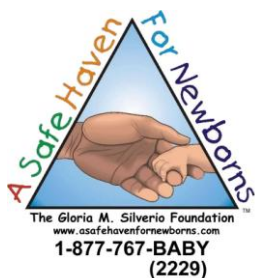


SAFE HAVEN QUESTIONARIO MÉDICO



Querida Mamá,

Usted ha tomado el primer paso en garantizar que su bebé este seguro y bajo buenos cuidados. Sabemos que ha sido una decisión muy difícil y queremos asegurarle que le daremos a su bebé el mejor cuidado.

Le pedimos ayuda en proveernos alguna información de salud que puede ser importante saber para el futuro de su bebé. Esta información es importante para el cuidado de su bebé y será muy útil para la familia adoptiva. La información será usada solo para este propósito.

No será usada para identificarla o encontrarla. Puede que no sepa todas las respuestas, pero por favor proporcione tanta información como le sea posible.

¿Cual es la fecha de nacimiento de su bebé? _____ ¿Fue el bebé prematuro? _____ Si lo es, cuando fue la fecha aproximada en que quedó embarazada. _____

¿Hubo algún problema con el embarazo o el parto? Si lo hubo, por favor describa.

¿Fumó? ¿Usó alcohol, drogas o alguna medicación durante el embarazo? Si uso alguno de estos, por favor lístelo(s):

¿Padece usted de alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas Visuales |
| <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Otros (describa) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | |

¿Padece el padre del bebé de alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas Visuales |
| <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Otros (describa) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | |

Cuál es su:

Edad: _____ Raza: _____
Estatura: _____ Peso: _____

Información del Papa:

Edad: _____ Raza: _____
Estatura: _____ Peso: _____

¿Usted conoce si existe alguna enfermedad hereditaria en su familia o en la familia del padre?

Por favor incluya una nota para su bebé o para la persona que adoptará su bebé. Puede usar la parte de atrás de esta forma.

Usted ha dado un regalo muy especial a su bebé proporcionando esta información médica. Usted ha cuidado de su bebé, ahora por favor cuide de usted. Es importante que usted se haga un chequeo médico, queremos recordarle que usted permanecerá anónima, como la ley lo indica.

Gloria M. Silverio Foundation – “A Safe Haven for Newborns”

6801 NW 77th Ave. Suite 404

Miami FL, 33166

Website: www.asafehavenfornewborns.com Email: safehaven@asafehavenfornewborns.com

Phone: 305-882-1304 ext: 103 Fax: 305-889-0017