
SAFE HAVEN MEDICAL QUESTIONNAIRE



YOU MAY ASK THE MOTHER OR FATHER IF SHE OR HE IS WILLING TO PROVIDE ANY HEALTH INFORMATION THAT MAY BE IMPORTANT FOR THE CHILD TO KNOW IN HIS OR HER FUTURE. IT IS NOT REQUIRED BY LAW FOR HER OR HIM TO DO SO.

Dear Birth Mother (You are not required to provide any information, but please read on):

You have taken the first step in assuring that your child will be safe and well taken care of. We know this has been a very difficult decision for you, and we want to assure you that we will give your child the best possible care.

We are asking for your help by providing some health information that may be important for your child to know in his or her future. This information is important for your child's care, and will be most helpful for the adoptive family. The information will be used only for this purpose. It will not be used to identify you or find you. You may not know all of the answers - Please provide as much information as you do know.

What is the baby's birth date? _____ Was the baby premature? _____ If yes, when was the approximate date you Became pregnant? _____

Were there any problems with the pregnancy or delivery? If yes, please describe:

Did you smoke, use alcohol, drugs or any medication during the pregnancy? If yes, please list them:

Do you have any medical conditions such as:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Eye problems |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Hearing Impairment |
| <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Other (explain) |
| <input type="checkbox"/> Cancer | |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease | |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | |
| <input type="checkbox"/> Mental illness | |

Does the baby's Father have any medical conditions such as:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Eye problems |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Hearing Impairment |
| <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Other (explain) |
| <input type="checkbox"/> Cancer | |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease | |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | |
| <input type="checkbox"/> Mental illness | |

What is your:

Age: _____ Race: _____

Height: _____ Weight: _____

What it is the baby's father's

Age: _____ Race: _____

Height: _____ Weight: _____

To your knowledge are there any hereditary conditions that run in your family, or the father's family?

Please feel free to include a note to your baby, or to the people who will adopt your child. You can use the back of this form. **You can provide this information before you leave, or email it to: safehaven@asafehavenfornewborns.com.**

You have given your baby a special gift by providing this medical information. You have taken good care of your baby; now please take care of yourself. It is now important that you personally get a medical check-up - you will remain anonymous, just as the law allows. We can assist you. 24/7 Confidential Helpline: 1-877-767-2229

CUESTIONARIO MÉDICO DE SAFE HAVEN



YOU MAY ASK THE MOTHER OR FATHER IF SHE OR HE IS WILLING TO PROVIDE ANY HEALTH INFORMATION THAT MAY BE IMPORTANT FOR THE CHILD TO KNOW IN HIS OR HER FUTURE. IT IS NOT REQUIRED BY LAW FOR HER OR HIM TO DO SO.

Estimada madre biológica (no es necesario que proporciones ninguna información, pero por favor sigue leyendo):

Has dado el primer paso para asegurarte de que tu hijo esté seguro y bien cuidado. Sabemos que esta ha sido una decisión muy difícil para ti, y queremos asegurarte que le brindaremos a tu hijo la mejor atención posible.

Te estamos pidiendo que nos ayudes y proporciones cierta información de salud que puede ser importante que tu hijo sepa en el futuro. Esta información es importante para el cuidado de tu hijo y será de gran ayuda para la familia adoptiva. La información se usará solo para este fin. No se utilizará para identificarte ni para buscarte. Es posible que no tengas respuesta para todas las preguntas. Danos toda la información que sí sepas.

¿Cuál es la fecha de nacimiento del bebé? ¿El bebé nació prematuro? ____ En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha aproximada en la que quedaste embarazada? _____

¿Hubo algún problema con el embarazo o el parto? En caso afirmativo, describe: _____

¿Fumaste, consumiste alcohol, drogas o algún medicamento durante el embarazo? En caso afirmativo, enuméralos: _____

¿Tienes alguna de estas condiciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otro (explicar) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | |

Tus datos personales:

Edad: ____ Raza: _____

Estatura: ____ Peso: _____

¿El padre del bebé tiene alguna de estas condiciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otro (explicar) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | |

Datos personales del padre:

Edad: ____ Raza: _____

Estatura: ____ Peso: _____

Que tú sepas, ¿hay alguna condición hereditaria en tu familia o en la familia del padre? _____

No dudes en incluir una nota para tu bebé o para las personas que lo adoptarán. Puedes usar el reverso de este formulario.

Puedes proporcionar esta información antes de irte o enviarla por correo electrónico a:

safehaven@asafehavenfornewborns.com.

Le has dado un regalo especial a tu bebé al brindarle esta información médica. Cuidaste bien a tu bebé; ahora cuídate tú. Ahora es importante que tú te hagas un chequeo médico; permanecerás en el anonimato, tal como lo permite la ley. Podemos ayudarte. Línea de ayuda confidencial disponible 24/7: 1-877-767-2229



YOU MAY ASK THE MOTHER OR FATHER IF SHE OR HE IS WILLING TO PROVIDE ANY HEALTH INFORMATION THAT MAY BE IMPORTANT FOR THE CHILD TO KNOW IN HIS OR HER FUTURE. IT IS NOT REQUIRED BY LAW FOR HER OR HIM TO DO SO

Chè Manman Natirèl (Ou pa oblije bay okenn enfòmasyon, men tanpri kontinye li):

Ou te pran premye pa pou garanti pitit ou pral an sekirite epi li pral gen yon moun pou pran swen li byen. Nou konnen desizyon sa a te difisil anpil pou ou, epi nou vle asire w nou pral bay pitit ou pi bon swen posib.

N ap mande èd ou pou nou ka jwenn enfòmasyon sante ki ka enpòtan pou pitit ou konnen pi devan. Enfòmasyon sa yo enpòtan pou swen pitit ou, epi yo pral pi itil toujou pou fanmi adoptif la. Se sèlman pou rezon sa a nou pral itilize enfòmasyon yo. Nou pa pral itilize yo pou idantifye ou oswa pou jwenn ou. Ou gendwa pa konnen tout repons yo -Tanpri bay mezi enfòmasyon ou konnen.

Ki dat ti bebe a te fèt? _____ Èske ti bebe a te fèt prematire? Si repons la se wi, vè ki dat ou te asent? _____

Èske te gen okenn pwoblèm ak gwosès la oswa akouchman an? Si se wi, tanpri dekri:

Èske ou te fimen, bwè alkòl, pran dwòg oswa nenpòt medikaman pandan gwosès la? Si se wi, tanpri ekri yo la a:

Èske ou gen okenn pwoblèm medikal tankou:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dyabèt | <input type="checkbox"/> Rematis |
| <input type="checkbox"/> Opresyon | <input type="checkbox"/> Pwoblèm je |
| <input type="checkbox"/> Alèji | <input type="checkbox"/> Pwoblèm pou tande |
| <input type="checkbox"/> Kriz | <input type="checkbox"/> Lòt (eksplike) |
| <input type="checkbox"/> Kansè | |
| <input type="checkbox"/> Maladi kè | |
| <input type="checkbox"/> Tansyon wo | |
| <input type="checkbox"/> Maladi mantal | |

Èske Papa tibebe a gen nenpòt pwoblèm medikal tankou:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dyabèt | <input type="checkbox"/> Rematis |
| <input type="checkbox"/> Opresyon | <input type="checkbox"/> Pwoblèm je |
| <input type="checkbox"/> Alèji | <input type="checkbox"/> Pwoblèm pou tande |
| <input type="checkbox"/> Kriz | <input type="checkbox"/> Lòt (eksplike) |
| <input type="checkbox"/> Kansè | |
| <input type="checkbox"/> Maladi kè | |
| <input type="checkbox"/> Tansyon wo | |
| <input type="checkbox"/> Maladi mantal | |

Nou bezwen enfòmasyon sa yo sou oumenm?

Laj: _____ Ras: _____

Wotè: _____ Pwa: _____

Nou bezwen enfòmasyon sa yo sou papa a:

Laj: _____ Ras: _____

Wotè: _____ Pwa: _____

Selon sa ou konnen, èske fanmi oumenm oswa fanmi papa a gen okenn maladi ereditè nan fanmi nou?

Ou mèt kite yon nòt pou bebe ou a, oswa moun yo ki pral adopte pitit ou a. Ou ka itilize do fòm sa a.

Ou ka bay enfòmasyon sa yo avan ou pati, oswa imèl yo bay: safehaven@asafehavenfornewborns.com

Ou bay tibebe w la yon bèl kado lè w bay enfòmasyon medikal sa yo. Ou te pran bon swen bebe w la; kounye a tanpri pran swen tèt ou. Kounye a la li enpòtan pou w fè yon egzamen medikal pou tèt ou - non ou ap rete anonim, nan mezi lalwa pèmèt sa. Nou ka ede ou. Liy Èd Konfidansyèl 24 sou 24, 7 jou sou 7: 1-877-767-2229