

CUESTIONARIO MÉDICO DE SAFE HAVEN



The Gloria M. Silverio Foundation, 501(c)3
www.asafehavenfornewborns.com

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.

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: 1-800-368-8014