



Informe médico de padres de acogida/otro adulto

Padres de acogida

Otro adulto del hogar

Nombre	Apellido

A ser completado por el (la) padre/madre de acogida u otro adulto del hogar:

CONSUMO DE TABACO

¿Usted fuma?

Sí No

Cigarrillos/paquetes por día _____

¿Usted bebe alcohol?

Sí No

Frecuencia y cantidad: _____

SITUACIÓN MÉDICA

Proveedor de Atención Primaria: _____

Fecha del último examen físico: _____

Especialistas Actuales (indique los tipos y fechas de las últimas visitas): _____

Necesidades especiales o discapacidades

Problema médico actual _____

Medicamentos actuales _____

Fecha de la última vacuna contra la influenza _____

Fecha de la última vacuna contra la tos ferina (inoculación para adulto) _____

SALUD MENTAL

¿Alguna vez ha sido tratado u hospitalizado por una enfermedad mental o pensamientos/intentos de suicidio? Sí No

En caso afirmativo, indique las fechas y el tratamiento _____

A ser completado por profesional médico:

Evaluación de riesgo de TB / Fecha/Resultados _____

y/o TB (PPD) / Fecha/Resultados _____

o No está en riesgo Riesgo bajo

Especifique los problemas físicos, mentales o emocionales que podrían afectar la capacidad de esta persona para cuidar a un niño. Si la persona se identifica como otro adulto del hogar, indique las condiciones perjudiciales para la colocación de un niño en el hogar.

Recomiendo / no recomiendo a esta persona como padre adoptivo o de tutela temporal para niños.

Médico/NP/PA en letra de molde _____

No soy el médico de atención primaria de esta persona y estoy completando este formulario basado en un solo examen en combinación con la información suministrada por la persona el día del examen.

Firma del médico/NP/PA _____

Fecha _____

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente del caso de estudio del hogar de acogida

CS-0678-SP, Rev. 6/23