Departamento de Servicios Infantiles
INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL FORMULARIO
CS-0678 - Informe médico de padres adoptivos/otro adulto

Este formulario es completado por los padres adoptivos/otro adulto y un proveedor médico certificado.

1. Seleccione si el formulario es para un padre de acogida u "otro" adulto del hogar. Escriba el nombre del padre de acogida u "otro" miembro adulto del hogar.

2. Si el padre de acogida u “otro” miembro adulto del hogar fuma, indique la cantidad de cigarrillos/paquetes fumados por día.

3. Si el padre de acogida u “otro” miembro adulto del hogar bebe alcohol, indique la frecuencia y la cantidad (por ejemplo, 2-3 cervezas solo de forma social).

4. Indique el proveedor de atención médica primaria (primary care provider, PCP) habitual del padre de acogida u “otro” miembro adulto del hogar, incluida la fecha de la última visita a ese proveedor.

5. Indique los especialistas actuales del padre de acogida u "otro" miembro adulto del hogar a los que están asistiendo aparte de su PCP, incluido el tipo (por ejemplo, cardiólogo) y las fechas de las últimas visitas.

6. La información de TB es llenada por el MD/NP/PA. Si se realiza una evaluación de riesgos y los resultados muestran que el riesgo es bajo o nulo, no se requiere una prueba cutánea de TB. Si los resultados no muestran ningún riesgo, marque "No está en riesgo".

7. Indique las necesidades especiales o discapacidades que afectan las actividades diarias del padre de acogida u "otro" miembro adulto del hogar. Esto puede incluir alteraciones del movimiento que requieren dispositivos de ayuda para la movilidad, problemas especiales relacionados con los sentidos, como pérdida de la audición o la vista, problemas respiratorios que requieren tratamientos respiratorios u oxígeno, etc.

8. Indique los problemas médicos actuales del padre de acogida u “otro” miembro adulto del hogar que hayan sido diagnosticados o tratados por el PCP o especialistas.

9. Indique los medicamentos actuales del padre de acogida u “otro” miembro adulto del hogar.

10. Documente las fechas de la última vacuna contra la influenza y la inoculación contra la tos ferina (pertusis).

11. Indique las hospitalizaciones del padre de acogida u "otro" miembro adulto del hogar por problemas de salud mental o pensamientos suicidas o intentos de suicidio, incluidas las fechas de las hospitalizaciones y los tratamientos recibidos. **Si el padre de acogida u “otro” miembro adulto**

del hogar permanece bajo el cuidado de un proveedor de atención de salud mental, dicho proveedor de atención de salud mental debe completar este formulario.

12. El proveedor de atención médica deberá especificar cualquier problema que considere importante que podría interferir con la capacidad de los padres de acogida para cuidar a un niño o mejorar su capacidad para cuidar a un niño. El proveedor de atención médica también debe indicar cualquier condición perjudicial para la colocación de un niño en el hogar en relación con otros adultos del hogar, cuando corresponda.

13. El proveedor de atención médica marcará la casilla correspondiente para recomendar o no recomendar a esta persona como padre de acogida/adoptivo o la opción de no solicitante sin preocupaciones.

14. La sección de comentarios es para que el proveedor de atención médica agregue cualquier información adicional que pueda ser pertinente para el Departamento con respecto a la capacidad de la persona para ser padre de acogida/adoptivo o vivir con niños.

15. Finalmente, el proveedor de atención médica deberá escribir su nombre, firmar y fechar el formulario.

NOTA: Los médicos no son responsables por el historial médico inexacto o falso proporcionado por el paciente que podría afectar su capacidad para convertirse en padre de acogida u otro miembro del hogar.