



Iowa Department of Health and Human Services
Informe de salud para familias de crianza y adoptivas

Si los miembros de la familia están bajo el cuidado de profesionales de la salud diferentes, complete un formulario por cada miembro. La familia debe completar la Parte **B** antes de visitar al profesional de la salud.

A. Al profesional de la salud:

La familia nombrada más abajo ha solicitado licencia para brindar cuidado de crianza/aprobación para la adopción de menores y se le ha pedido que obtenga esta declaración de su profesional de la salud. Incluya cualquier preocupación con respecto a la salud mental o física que pueda afectar la capacidad del solicitante para cuidar a menores. Con respecto a los menores que viven en el hogar, indique las preocupaciones de salud física o mental que pudieran afectar la capacidad de los padres para cuidar a otros menores que sean colocados en el hogar. Gracias.

Firma del trabajador encargado de licencias de contratistas	Número de teléfono del trabajador encargado de licencias de contratistas
---	--

Nombre del solicitante	Nombre del solicitante		
Menores			
Calle			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal

B. Para ser completado por la familia antes de visitar al profesional de la salud:

¿Algún miembro de su familia tiene un historial de alguna de las enfermedades siguientes? Marque sí o no. En caso afirmativo, indique el nombre de cada persona afectada.

Sí	No	Nombre de la persona afectada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos ferina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
Agregue cualquier diagnóstico de salud mental con las respectivas casillas de verificación		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra (especifique)

¿Algún miembro de su familia toma medicamentos? Si es así, indique su nombre, el medicamento y el motivo de cada medicamento.

Nombre	Medicamento	Motivo

¿Algún miembro de su familia ha tenido cirugías, fracturas de huesos o accidentes graves durante los últimos dos años? Si es así, describa a continuación:

Tipo de incidente	Persona involucrada	Fecha aproximada

C. Declaración del profesional de la salud:

Basado en mi examen de (insertar nombre(s)) no se identificaron preocupaciones que pudieran limitar la capacidad del solicitante para cuidar a menores. Con respecto a los menores que viven en el hogar, no hay condiciones que pudieran afectar la capacidad de los padres para cuidar a otros menores que sean colocados en el hogar. Además, no hay evidencia de ninguna enfermedad transmisible o infecciosa que pudiera ser perjudicial para el bienestar de un menor colocado en este hogar.

Los siguientes problemas me impiden firmar la declaración anterior y me obligan a no recomendar el otorgamiento de la licencia de hogar de crianza ni la aprobación como familia adoptiva.

Firma del profesional de la salud	Fecha
-----------------------------------	-------

Acepto que todos los resultados del examen se envíen al Iowa Department of Human Services y a

(Nombre de la agencia autorizada de colocación de menores, si corresponde)

Firmado	Fecha
---------	-------