



Iowa Department of Human Services

Communicable Diseases General Agreement (Acuerdo General sobre Enfermedades Transmisibles)

Nombres de los padres sustitutos o adoptivos

Me comprometo a aceptar bajo crianza u adopción a cualquier niño que se encuentre en las siguientes situaciones:

- Sí No Con SIDA
 Sí No Con un análisis de HIV positivo
 Sí No tengo hepatitis
 Sí No tengo meningitis

Si la respuesta es afirmativa:

Nosotros/Yo hemos recibido/he recibido pronto recibiremos/recibiré capacitación sobre el cuidado de niños o jóvenes con VIH.

Nosotros/Yo entendemos/entiendo que aunque hayamos/haya acordado cuidar a niños con hepatitis, meningitis o VIH, nosotros/yo podemos/puedo rehusar la colocación de un menor específico por motivos diferentes a la condición de enfermedad transmisible del niño.

Nosotros/Yo entendemos/entiendo que podemos/puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de la decisión de cancelar este acuerdo.

Firma de la madre o el padre adoptivos o de crianza	Fecha
Firma de la madre o el padre adoptivos o de crianza	Fecha
Firma del Evaluador del hogar de adopción del contratista	Fecha

Original: Registro de licencias de DHS o registro del estudio de casos de adopción

Copia: Madre o padre adoptivos o de crianza

Copia: Archivo del contratista