|  |  |
| --- | --- |
|  | **Historia genética familiar y clínica**  **Family Genetic and Medical History** |

Es muy importante que conteste este formulario para asegurarse de que su hijo(a) reciba todos los servicios médicos y de salud mental que necesita mientras vive fuera de su hogar. Su historia clínica y la información genética familiar permitirán que los proveedores médicos y de salud mental entiendan mejor las necesidades de su hijo(a), para poder brindarle la atención apropiada mientras recibe cuidado. Por favor proporcione toda la información posible.

Fecha en que se contestó:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:

Nombre de la persona que contesta este formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuál es su relación con name of child : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 1: Antecedentes e historia genética familiar/clínica de la madre biológica** | | | | |
| AÑO DE NACIMIENTO | | RAZA | | ORIGEN ÉTNICO |
| ESTATURA | PESO | COLOR DE OJOS | COLOR DE CABELLO | RELIGIÓN |
| ZURDO  DIESTRO | GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS | | PROBLEMAS DE APRENDIZAJE | |
| PASATIEMPOS/INTERESES/PROFESIÓN | | | | |

| **MADRE BIOLÓGICA** | **AFECCIÓN MÉDICA (ESCRIBA EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO EN EL CUADRO EN BLANCO, SI CORRESPONDE)** | **EDAD DE APARICIÓN, TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS** | **PARIENTE/FAMILIAR** | **RELACIÓN CON LA MADRE BIOLÓGICA** | **EDAD DE APARICIÓN, TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Trastorno de déficit de atención (TDA)  Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) |  |  |  |  |
|  | Reacción alérgica (por ejemplo, a alimentos, medicamentos, animales) |  |  |  |  |
|  | Artritis |  |  |  |  |
|  | Defectos congénitos |  |  |  |  |
|  | Patógenos de transmisión sanguínea (p. ej. VIH, sida, hepatitis B, hepatitis C)  Sí  No |  |  |  |  |
|  | Trastornos de la sangre (p. ej., hemofilia, anemia de células falciformes) |  |  |  |  |
|  | Cáncer |  |  |  |  |
|  | Cardiovascular (p. ej. presión arterial alta, ataque cardiaco, derrame cerebral) |  |  |  |  |
|  | Retrasos del desarrollo (p. ej. dificultades con la lectura, las matemáticas, la escritura, para entender instrucciones, síndrome de Tourette, dislexia) |  |  |  |  |
|  | Síndrome de alcoholismo fetal (FAS)  Efectos fetales del alcohol |  |  |  |  |
|  | Problemas o antecedentes ginecológicos (p. ej. aborto espontaneo, nacidos muertos, muerte neonatal) |  |  |  |  |
|  | Problemas auditivos |  |  |  |  |
|  | Defectos cardiacos |  |  |  |  |
|  | Trastorno hormonal (p. ej., diabetes, tiroides) |  |  |  |  |
|  | Discapacidad del aprendizaje (p. ej. neurológica, disfunción cerebral orgánica) |  |  |  |  |
|  | Salud mental (p. ej. depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, ansiedad) |  |  |  |  |
|  | Trastorno muscular (p. ej., distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida) |  |  |  |  |
|  | Convulsiones (p.ej., epilepsia, lesión cerebral traumática) |  |  |  |  |
|  | Consumo de sustancias (p. ej. alcohol, cannabis (marihuana), medicamentos recetados, metanfetaminas, cocaína, heroína) |  |  |  |  |
|  | Vista (p.ej., miopía, hipermetropía, ceguera, glaucoma, cataratas) |  |  |  |  |
|  | Otros trastornos hereditarios conocidos (especifique) |  |  |  |  |
|  | Otros trastornos médicos no indicados antes (especifique) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado de salud de la madre biológica** | | | | |
| Describa el estado de salud actual de la madre biológica: | | | | |
| ¿La madre biológica ha usado alguna de las siguientes sustancias ambientales tóxicas o sustancias controladas?  Sí  No  Se desconoce  Si contestó que sí, marque todas las opciones que correspondan y encierre las sustancias específicas de cada categoría:  Alcohol  Anfetaminas  Estimulantes (cocaína, metanfetaminas, Ritalin, Adderall, Dexedrine)  Tabaco  Opiáceos (morfina, codeína, hidrocodona (Vicodin), fentanilo, oxicodona (OxyContin, Percocet, heroína), Suboxone/metadona)  Benzodiacepinas/tranquilizantes (Valium, Xanax, Ativan, Klonopin, etc)  Cannabis (marihuana)  Otro (especifique):  ¿La madre biológica ha consumido sustancias en presencia del menor?  Sí  No  Se desconoce  Si contestó que sí, marque todas las opciones que correspondan y encierre las sustancias específicas de cada categoría:  Alcohol  Anfetaminas  Estimulantes (cocaína, metanfetaminas, Ritalin, Adderall, Dexedrine)  Tabaco  Opiáceos (morfina, codeína, hidrocodona (Vicodin), fentanilo, oxicodona (OxyContin, Percocet, heroína))  Benzodiacepinas/tranquilizantes (Valium, Xanax, Ativan, Klonopin, etc)  Cannabis (marihuana)  Otro (especifique): | | | | |
| **Historial de nacimiento del menor y estado de salud actual** | | | | |
| ¿En dónde nació su hijo(a) (ciudad, estado, hospital)?  ¿La madre biológica recibió atención prenatal?  Sí  No  Se desconoce  Limitada    ¿El menor estuvo expuesto a sustancias durante el embarazo?  Sí  No  Se desconoce  Si contestó que sí, marque la sustancia y especifique el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y durante qué trimestre del embarazo:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Sustancias controladas (especifique) | Frecuencia y cantidad del consumo: | Trimestre(s): | | Medicamentos recetados (especifique) | Frecuencia y cantidad del consumo: | Trimestre(s): | | Tabaco | Frecuencia y cantidad del consumo: | Trimestre(s): | | Alcohol | Frecuencia y cantidad del consumo: | Trimestre(s): | | Otras sustancias tóxicas (especifique) | Frecuencia y cantidad del consumo: | Trimestre(s): | | | | | |
| ¿La madre consiente a divulgar los tipos específicos de enfermedades (por ejemplo, hepatitis C, gonorrea, VIH) a las que el menor pudo haber estado expuesto, con el fin de brindar atención médica al menor?  Sí  No  Si contestó que sí, haga que la madre biológica conteste y firme un [consentimiento DCYF 03-475](http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/forms/14-012.pdf) y adjúntelo al 13-041 (el consentimiento para divulgar solamente será entregado a los proveedores médicos del menor y a su cuidador actual).  ¿El menor estuvo expuesto a un patógeno de transmisión sanguínea o a una enfermedad de transmisión sexual durante el embarazo o el nacimiento?   Sí  No  Se desconoce  Si contestó que sí, ¿a qué estuvo expuesto el menor? | | | | |
| ¿Se observaron circunstancias inusuales durante el parto y alumbramiento? (por ejemplo, cesárea, el bebé dejó de respirar, cordón umbilical enrollado alrededor del cuello, pérdida de sangre)  Sí  No  Se desconoce  Si contestó que sí, ¿qué ocurrió?  ¿El menor fue internado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos o neonatales después de su nacimiento?  Sí  No  Se desconoce  Si contestó que sí, ¿por qué motivo? | | | | |
| ¿El menor tiene antecedentes de cualquier diagnóstico médico, dental o de salud mental?  Sí  No  Si contestó que sí, ¿qué diagnóstico recibió el menor, y recibió algún tratamiento (describa el tipo de tratamiento)?  ¿El menor tiene actualmente algún diagnóstico médico, dental o de salud mental, o necesidades pendientes?  Sí  No  Si contestó que sí, ¿cuál es el diagnóstico del menor o sus necesidades pendientes?  ¿El menor tiene alguna alergia? Si contestó que sí, ¿a qué es alérgico y qué reacción presenta? | | | | |
| **Sección 2: Antecedentes e historia genética familiar/clínica del padre biológico** | | | | |
| AÑO DE NACIMIENTO | | RAZA | | ORIGEN ÉTNICO |
| ESTATURA | PESO | COLOR DE OJOS | COLOR DE CABELLO | RELIGIÓN |
| ZURDO  DIESTRO | GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS | | PROBLEMAS DE APRENDIZAJE | |
| PASATIEMPOS/INTERESES/PROFESIÓN | | | | |

| **PADRE BIOLÓGICO** | **AFECCIÓN MÉDICA (ESCRIBA EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO EN EL CUADRO EN BLANCO, SI CORRESPONDE)** | **EDAD DE APARICIÓN, TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS** | **PARIENTE/FAMILIAR** | **RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO** | **EDAD DE APARICIÓN, TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Trastorno de déficit de atención (TDA)  Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) |  |  |  |  |
|  | Reacción alérgica (por ejemplo, a alimentos, medicamentos, animales) |  |  |  |  |
|  | Artritis |  |  |  |  |
|  | Defectos congénitos |  |  |  |  |
|  | Patógenos de transmisión sanguínea (p. ej. VIH, sida, hepatitis B, hepatitis C) |  |  |  |  |
|  | Trastornos de la sangre (p. ej., hemofilia, anemia de células falciformes)  Sí  No |  |  |  |  |
|  | Cáncer |  |  |  |  |
|  | Cardiovascular (p. ej. presión arterial alta, ataque cardiaco, derrame cerebral) |  |  |  |  |
|  | Retrasos del desarrollo (p. ej. dificultades con la lectura, las matemáticas, la escritura, para entender instrucciones, síndrome de Tourette, dislexia) |  |  |  |  |
|  | Síndrome de alcoholismo fetal (FAS)  Efectos fetales del alcohol |  |  |  |  |
|  | Problemas o antecedentes ginecológicos (p. ej. aborto espontaneo, nacidos muertos, muerte neonatal) |  |  |  |  |
|  | Problemas auditivos |  |  |  |  |
|  | Defectos cardiacos |  |  |  |  |
|  | Trastorno hormonal (p. ej., diabetes, tiroides) |  |  |  |  |
|  | Discapacidad del aprendizaje (p. ej. neurológica, disfunción cerebral orgánica) |  |  |  |  |
|  | Salud mental (p. ej. depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, ansiedad) |  |  |  |  |
|  | Trastorno muscular (p. ej., distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida) |  |  |  |  |
|  | Convulsiones (p.ej., epilepsia, lesión cerebral traumática) |  |  |  |  |
|  | Consumo de sustancias (p. ej. alcohol, cannabis (marihuana), medicamentos recetados, metanfetaminas, cocaína, heroína) |  |  |  |  |
|  | Vista (p.ej., miopía, hipermetropía, ceguera, glaucoma, cataratas) |  |  |  |  |
|  | Otros trastornos hereditarios conocidos (especifique) |  |  |  |  |
|  | Otros trastornos médicos no indicados antes (especifique) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Estado de salud del padre biológico** |
| Describa el estado de salud actual del padre biológico: |
| ¿El padre biológico ha usado alguna de las siguientes sustancias ambientales tóxicas o sustancias controladas?  Sí  No  Se desconoce  Si contestó que sí, marque todas las opciones que correspondan y encierre las sustancias específicas de cada categoría:  Alcohol  Anfetaminas  Estimulantes (cocaína, metanfetaminas, Ritalin, Adderall, Dexedrine)  Tabaco  Opiáceos (morfina, codeína, hidrocodona (Vicodin), fentanilo, oxicodona (OxyContin, Percocet, heroína))  Benzodiacepinas/tranquilizantes (Valium, Xanax, Ativan, Klonopin, etc)  Cannabis (marihuana)  Otro (especifique):  ¿El padre biológico ha consumido sustancias en presencia del menor?  Sí  No  Se desconoce  Si contestó que sí, marque todas las opciones que correspondan y encierre las sustancias específicas de cada categoría:  Alcohol  Anfetaminas  Estimulantes (cocaína, metanfetaminas, Ritalin, Adderall, Dexedrine)  Tabaco  Opiáceos (morfina, codeína, hidrocodona (Vicodin), fentanilo, oxicodona (OxyContin, Percocet, heroína))  Benzodiacepinas/tranquilizantes (Valium, Xanax, Ativan, Klonopin, etc)  Cannabis (marihuana)  Otro (especifique): |