

## 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
<input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención (TDA) <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Reacción alérgica (por ejemplo, a alimentos, medicamentos, animales)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Artritis		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Defectos congénitos		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Patógenos de transmisión sanguínea (p. ej. VIH, sida, hepatitis B, hepatitis C) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Trastornos de la sangre (p. ej., hemofilia, anemia de células falciformes)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Cáncer		<input type="checkbox"/>		

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
<input type="checkbox"/>	Cardiovascular (p. ej. presión arterial alta, ataque cardiaco, derrame cerebral)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Retrasos del desarrollo (p. ej. dificultades con la lectura, las matemáticas, la escritura, para entender instrucciones, síndrome de Tourette, dislexia)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Síndrome de alcoholismo fetal (FAS) <input type="checkbox"/> Efectos fetales del alcohol		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Problemas o antecedentes ginecológicos (p. ej. aborto espontaneo, nacidos muertos, muerte neonatal)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Defectos cardiacos		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Trastorno hormonal (p. ej., diabetes, tiroides)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Discapacidad del aprendizaje (p. ej. neurológica, disfunción cerebral orgánica)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Salud mental (p. ej. depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, ansiedad)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Trastorno muscular (p. ej., distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Convulsiones (p.ej., epilepsia, lesión cerebral traumática)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Consumo de sustancias (p. ej. alcohol, cannabis (marihuana), medicamentos recetados, metanfetaminas, cocaína, heroína)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Vista (p.ej., miopía, hipermetropía, ceguera, glaucoma, cataratas)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Otros trastornos hereditarios conocidos (especifique)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Otros trastornos médicos no indicados antes (especifique)		<input type="checkbox"/>		

**Estado de salud de la madre biológica**

Describe 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:

<input type="checkbox"/> Sustancias controladas (especifique)	Frecuencia y cantidad del consumo:	Trimestre(s):
<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados (especifique)	Frecuencia y cantidad del consumo:	Trimestre(s):
<input type="checkbox"/> Tabaco	Frecuencia y cantidad del consumo:	Trimestre(s):
<input type="checkbox"/> Alcohol	Frecuencia y cantidad del consumo:	Trimestre(s):
<input type="checkbox"/> 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](#) 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
<input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención (TDA) <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Reacción alérgica (por ejemplo, a alimentos, medicamentos, animales)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Artritis		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Defectos congénitos		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Patógenos de transmisión sanguínea (p. ej. VIH, sida, hepatitis B, hepatitis C)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Trastornos de la sangre (p. ej., hemofilia, anemia de células falciformes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Cáncer		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Cardiovascular (p. ej. presión arterial alta, ataque cardíaco, derrame cerebral)		<input type="checkbox"/>		

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
<input type="checkbox"/>	Retrasos del desarrollo (p. ej. dificultades con la lectura, las matemáticas, la escritura, para entender instrucciones, síndrome de Tourette, dislexia)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Síndrome de alcoholismo fetal (FAS) <input type="checkbox"/> Efectos fetales del alcohol		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Problemas o antecedentes ginecológicos (p. ej. aborto espontáneo, nacidos muertos, muerte neonatal)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Defectos cardíacos		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Trastorno hormonal (p. ej., diabetes, tiroides)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Discapacidad del aprendizaje (p. ej. neurológica, disfunción cerebral orgánica)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Salud mental (p. ej. depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, ansiedad)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Trastorno muscular (p. ej., distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, espina bífida)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Convulsiones (p.ej., epilepsia, lesión cerebral traumática)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Consumo de sustancias (p. ej. alcohol, cannabis (marihuana), medicamentos recetados, metanfetaminas, cocaína, heroína)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Vista (p.ej., miopía, hipermetropía, ceguera, glaucoma, cataratas)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Otros trastornos hereditarios conocidos (especifique)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Otros trastornos médicos no indicados antes (especifique)		<input type="checkbox"/>		

### 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):