

CONFIDENTIAL
VOLUNTARY MEDICAL BACKGROUND FORM FOR A SURRENDERED NEWBORN
CONFIDENTIAL
FORMA VOLUNTARIA DE ANTECEDENTES MÉDICOS PARA UN RECIÉN NACIDO ENTREGADO
 Michigan Department of Human Services

Preferencia para el Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento
¿Dónde nació el niño?	Sexo

ANTECEDENTES DE LOS PADRES ENTREGANTES (Opcional)

Nombre	Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	Fecha de Nac.	Número de Teléfono
Dirección			
Raza	Afiliado con un Tribu Indio Americano <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Identifique el Tribu	
Estatura	Peso	Color del Pelo	Color de los Ojos
Cualquier historia familiar de:			
Anemia de glóbulos falciformes	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cancer	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ▶ Si es sí, que tipo _____
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Genética	▶ Si es sí, que tipo _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Historia Familiar de Enfermedad Mental	▶ Si es sí, explique _____
VIH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uso de Drogas	▶ Si es sí, explique _____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uso de Alcohol	▶ Si es sí, explique _____
Otro _____			
Historia de Cirugía			

ANTECEDENTES DEL OTRO PADRE (Opcional)

Nombre	Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	Fecha de Nac.	Número de Teléfono
Dirección			
Raza	Afiliado con un Tribu Indio Americano <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Identifique el Tribu	
Estatura	Peso	Color del Pelo	Color de los Ojos
Cualquier historia familiar de:			
Anemia de glóbulos falciformes	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cancer	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ▶ Si es sí, que tipo _____
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Genética	▶ Si es sí, que tipo _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Historia Familiar de Enfermedad Mental	▶ Si es sí, explique _____
VIH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uso de Drogas	▶ Si es sí, explique _____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uso de Alcohol	▶ Si es sí, explique _____
Otro _____			
Historia de Cirugía			

INFORMACION SOBRE EL EMBARAZO

Duración del Embarazo	Aumento de Peso Libras	Uso de Drogas o Alcohol Durante el Embarazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Si es sí, explique
-----------------------	---------------------------	--

EMERGENCY SERVICE PROVIDER (ESP) OBSERVATIONS/OBSERVACIONES DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE EMERGENCIA

Comments			
ESP Signature	Date	Phone Number	
Address	City	State	Zip Code

GENERAL INSTRUCTIONS (INSTRUCCIONES GENERALES)

PURPOSE OF FORM (PROPOSITO DE LA FORMA):

The Emergency Service Provider (ESP) is encouraged to obtain the child's family medical history with the understanding that the surrendering parent may still remain anonymous. Completion of the family medical history is **very important** for the current and future health needs of the child.

The Emergency Service Provider should assist the surrendering parent by reading and recording information provided by the surrendering parent about the maternal and paternal family medical history.

INFORMATION ABOUT THE CHILD (INFORMACION SOBRE EL NIÑO):

- Ask the surrendering parent if there is a preferred name for the child. If not, record Baby Boy/Girl Doe.
- Enter the child's date of birth.
- Identify the city and state where the child was born. Describe the place of birth: house, motel, etc.
- Sex of child

PARENT INFORMATION (INFORMACION DEL PADRE):

- The name, date of birth, phone number and address of the surrendering or non-surrendering parent is **not** required.
- The parent should be encouraged to identify as much medical information as is known and provide details where requested.
- The parent profile information of race, height, weight, hair color and eye color is information that the child may want at a future date and should be obtained if the parent is willing to disclose.

INFORMATION ABOUT THE PREGNANCY (INFORMACION ACERCA DEL EMBARAZO):

- Encourage the surrendering parent to provide this minimal information about the pregnancy.

EMERGENCY SERVICE PROVIDER OBSERVATIONS (OBSERVACIONES DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE EMERGENCIA):

- Record information observed or discussed with the surrendering parent.
- Sign and date.
- Provide address and phone number.

FORM DISTRIBUTION (DISTRIBUCION DE LA FORMA):

- Original is given to the child-placing agency for adoption planning.
- The ESP should copy and retain per agency protocols.

AUTORIDAD: P.A. Estatal 232 de 2000
RESPUESTA: Voluntaria
PENALIDAD: Ningún

Department of Human Services (DHS) will not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs or disability. If you need help with reading, writing, hearing, etc., under the Americans with Disabilities Act, you are invited to make your needs known to a DHS office in your area.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.