

**CONFIDENCIAL VOLUNTARIA DE ANTECEDENTES MÉDICOS  
PARA UN RECIÉN NACIDO ENTREGADO  
CONFIDENTIAL VOLUNTARY MEDICAL BACKGROUND  
FOR A SURRENDERED NEWBORN**  
Michigan Department of Health and Human Services

¿Donde nació el niño?		Sexo
Fecha de Nacimiento	Raza	Indio Americano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**ANTECEDENTES DE LOS PADRES ENTREGANTES (opcional)**

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

**ANTECEDENTES DEL OTRO PADRE (opcional)**

Nombre		Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		Fecha de Nacimiento
Dirección				Número de Teléfono
Raza	Afiliado con un Tribu Indio Americano <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Identifique el Tribu	
Estatura	Peso	Color del Pelo		Color de los Ojos

Cualquier historia familiar de:			
Anemia de glóbulos falciformes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Cancer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es sí, que tipo:
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Enfermedad Genética	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es sí, que tipo:
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Historia Familiar de Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es sí, explique:
VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Uso de Drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es sí, explique:
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Uso de Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	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

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.

## **GENERAL INSTRUCTIONS**

### **PURPOSE OF FORM (PROPOSITO DE LA FORMA)**

The Emergency Service Provider (ESP) is encouraged to obtain the child's family medical history, if the surrendering parent is willing to provide that information.

The ESP 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)**

- Identify the city and state where the child was born. Describe the place of birth: house, motel, etc.
- The Indian Child Welfare Act applies to a child who "is either (a) a member of an Indian tribe or (b) is eligible for membership in an Indian tribe and is the biological child of a member of an Indian tribe." 25 USC 1903.

### **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.