

CÓMO ENTREGAR A SU BEBÉ SIN NINGÚN PELIGRO (SAFELY SURRENDERED BABY)

Cuestionario Médico

GRACIAS POR ESCOGER EL DARLE A ESTE BEBÉ UN FUTURO SEGURO Y FUERA DE PELIGRO.

AVISO: ES POSIBLE QUE EL BEBÉ QUE USTED HA TRAÍDO HOY TENGA GRAVES NECESIDADES MÉDICAS EN EL FUTURO, LA CUALES NO CONOCEMOS HOY. ALGUNAS ENFERMEDADES, INCLUYENDO EL CÁNCER, SE PUEDEN TRATAR MEJOR CUANDO SABEMOS ACERCA DEL HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA. ADEMÁS, A VECES SE NECESITAN A LOS PARIENTES PARA TRATAMIENTOS PARA SALVAR LA VIDA. PARA ASEGURARSE QUE ESTE BEBÉ TENDRÁ UN FUTURO SALUDABLE, SU AYUDA EN LLENAR COMPLETAMENTE ESTE CUESTIONARIO ES ESENCIAL. GRACIAS.

Por favor, recuerde que estas preguntas nos permitirán proporcionar el mejor cuidado de apoyo posible al bebé. Si necesita ayuda para contestar alguna de estas preguntas, por favor pida ayuda. Si usted no se siente cómodo en contestar alguna de las preguntas, deje esa pregunta y continúe con el resto. Cualquier información que proporcione le beneficiará al bebé.

TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SOLAMENTE SE USARÁ PARA AYUDAR A CUIDAR AL BEBÉ.

1. ¿Cuál es la fecha, hora, y lugar de nacimiento del bebé?
Fecha: _____ Hora: _____ a.m. p.m. Lugar: _____
2. ¿Nació el bebé antes de tiempo (prematureo)? _____ ¿Tardío? _____ ¿No sabe la fecha que se esperaba naciera? _____
3. ¿Tuvo el bebé algún problema para empezar a respirar? Sí No
4. ¿Ha sido el bebé amamantado? Sí No
Si contestó "Sí", ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo fue la última vez que se alimentó al bebé? _____ a.m. p.m.
5. ¿Han alimentado al bebé con fórmula? Sí No
Si contestó "Sí", ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo fue la última vez que se alimentó al bebé? _____ a.m. p.m.
6. ¿Vio a un doctor la madre durante el embarazo? Sí No
Si contestó "Sí", ¿cuándo fue la primera vez que vió al doctor? _____
¿Cuántas veces vió ella al doctor durante su embarazo? _____
7. ¿Fue el parto atendido por un doctor, una partera, una enfermera, u otro profesional del cuidado de la salud? Sí No
8. ¿Después de nacido, ha visto el bebé a un doctor? Sí No
Si contestó "Sí", ¿cuándo? _____
9. ¿Fumó cigarros la madre biológica durante el embarazo? Sí No
Si contestó "Sí", ¿con qué frecuencia? _____
10. ¿Tomó alcohol la madre biológica durante el embarazo? Sí No
Si contestó "Sí", ¿con qué frecuencia? _____
11. ¿Tomó medicamentos recetados o sin receta la madre biológica durante el embarazo? Sí No
Si contestó "Sí", ¿qué clase? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
12. ¿Consumió la madre biológica drogas de recreación o de "la calle" durante el embarazo? Sí No
Si contestó "Sí", ¿qué clase? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
13. ¿Ha estado embarazada la madre biológica antes? Sí No
Si contestó "Sí", ¿cuántas veces? _____
¿Hubo algún problema con los otros embarazos o partos? Sí No
Por favor explique _____
14. Raza/etnia de los padres del bebé: Madre _____ Padre _____
15. ¿Tiene el bebé ascendencia india (indígena de los Estados Unidos de América)? No se sabe Sí No
Si contestó "Sí", ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ ¿De cuál estado? _____

Por favor, díganos si la madre biológica, el padre biológico, o cualquiera de sus parientes tuvo, o tiene ahora, alguna de las condiciones médicas indicadas a continuación.

CLASE DE ENFERMEDAD	PARENTESCO CON EL NIÑO (Mamá, papá, abuela, abuelo, tía, tío) Por favor indique si es por el lado de la mamá o del papá	EDAD CUANDO EMPEZÓ LA ENFERMEDAD
<input type="checkbox"/> Virus de inmunodeficiencia humana (HIV) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida sexualmente ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Cáncer ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Alta presión de la sangre	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Fibrosis cística	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Problemas del riñón ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Problemas de audición, de la vista, del habla ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Retrazo en el aprendizaje/educación especial	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Alergias ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Artritis ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	
<input type="checkbox"/> Otra ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> De la mamá <input type="checkbox"/> Del papá	

Por favor proporcione cualquier información adicional que pueda ayudarnos a proporcionar al bebé el mejor cuidado de salud ahora o en el futuro. (Usted puede usar hojas adicionales.)