

Adoption ARC
811 Church Rd, Suite 202
Cherry Hill, NJ 08002

1-800-884-4004 / (215) 748-1441

Solicitud de la madre biológica para recibir servicios

Por favor, llene la siguiente información a su mejor saber, dejando las respuestas en blanco si no tiene la información. Cuando termine, regrese este formulario a la dirección indicada arriba, o llámenos y recogeremos el formulario personalmente.

Su nombre: _____

Su dirección actual: _____

Teléfono o donde podemos localizarla: _____

¿Con quién vive? _____

¿Alguien en su hogar no sabe que nos está contactando? _____

¿Alguna instrucción especial para cuando llamemos a su casa? _____

Su fecha de nacimiento: _____ ¿Dónde nació? _____

El grado escolar más alto que ha completado: _____

¿Está empleada? _____ Si es así, ¿dónde y qué hace? _____

¿Está casada? _____ Si es así, indique la fecha y lugar de matrimonio: _____

Si está casada, ¿su esposo es el padre del niño para el que está considerando la colocación en adopción? _____

¿Tiene hijos? _____ Si es así, indique sus nombres, edades y con quién viven actualmente: _____

Su raza: _____ Su religión: _____

Su altura: _____ Su peso: _____

Su color de pelo: _____ Su color de ojos: _____

Su número de Seguro Social: _____

¿Tiene seguro médico? _____ Si es así, ¿qué tipo de seguro tiene y cuál es su número de póliza? _____

Si está embarazada ahora, ¿cuál es su fecha de parto prevista? _____

¿En qué hospital nacerá el bebé? _____

¿Está recibiendo atención prenatal? _____ Si es así, ¿dónde? _____

Si no está embarazada ahora, cuéntenos sobre el niño para quien está considerando un plan de adopción:

Fecha de nacimiento del niño: _____ Raza del niño: _____ Sexo del niño: _____

Nombre del niño: _____ ¿Dónde está el niño ahora? _____

¿Por qué está considerando la planificación de adopción en este momento? _____

Información del padre del niño o bebé nonato:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

No. de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Raza: _____ Religión: _____

Altura: _____ Peso: _____

Color de pelo: _____ Color de ojos: _____

¿Está casado? _____

¿Tiene algún otro hijo del que usted sepa? _____

El grado escolar más alto que ha completado: _____

¿Está empleado? _____ Si es así, ¿dónde y qué hace? _____

¿Con quién vive? _____

¿Él sabe sobre el embarazo? _____

¿Él sabe que está considerando la planificación de adopción? _____

¿Qué opinión tiene él sobre esto? _____

¿Usted actualmente mantiene contacto con él? _____

Si no sabe quién es el papá o dónde vive, indique con sus propias palabras por qué este es el caso: _____

Marque cualquiera o todos los servicios que está solicitando en este momento:

_____ Asesoramiento gratuito _____ Servicios de mediación familiar

_____ Planificación de adopción

_____ Apoyo a los padres _____ Remisión a otros servicios

Estoy llenando esta solicitud por mi propia voluntad. Entiendo que no me obliga a tomar ninguna decisión ahora ni en el futuro.

Firma: _____ **Fecha:** _____



Fundadora
Tara E. Gutterman, Esq.

Directora Ejecutiva
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social
Laura Hoffman, MSW, LCSW

Política de Adoption ARC sobre Gastos de Subsistencia de Padres Biológicos

En el caso de que las madres biológicas soliciten gastos de manutención, Adoption ARC puede pagar en nombre de las madres biológicas ciertos gastos razonables de manutención, de acuerdo con las leyes de Nueva Jersey y según lo establecido en este documento. Los trabajadores sociales deben trabajar con las madres biológicas para desarrollar un presupuesto que se mantendrá en el expediente del cliente. Todos los gastos solicitados, montos y categorías deben abordarse con el supervisor de trabajo social para determinar si son razonables en virtud de las leyes y normas de Nueva Jersey. Los trabajadores sociales deben recibir la aprobación anticipada del supervisor de trabajo social para montos, categorías e incrementos antes de que se establezca un plan de pago. El expediente también deberá documentar los motivos por los cuales se determina que las tarifas son razonables.

Los pagos se harán a terceros en nombre de una madre biológica siempre que sea posible, y si no es posible, tarjetas de regalo de comercios específicos serán la siguiente opción contemplada. En cualquier caso, los recibos de dichos pagos se mantendrán en el expediente. En la medida en que sea necesario proporcionar dinero directamente a una madre biológica para gastos de manutención, la madre biológica debe firmar una certificación de recepción de dichos fondos, y del propósito para el cual están previstos, y dicha certificación también se mantendrá en el expediente. En la medida en que sea necesario proporcionar dinero directamente a una madre biológica para gastos de manutención, la madre biológica debe firmar una certificación de recepción de dichos fondos, y del propósito para el cual están previstos, y dicha certificación también se mantendrá en el expediente. Cualquier pago a, o en nombre de las madres biológicas, no dependerá de ninguna manera de que dichas madres biológicas firmen la entrega para la adopción, ni se programarán para coincidir con la firma de entregas para la adopción. El hecho de que la política de cuotas no depende de la firma de entrega para la adopción se debe abordar y reforzar en la capacitación del personal de la agencia.

Se debe entregar una copia de esta política a cada madre biológica y posible pareja adoptiva en el momento de la consulta o solicitud inicial. La agencia proporcionará a los futuros padres adoptivos el rango de gastos de manutención de la madre biológica en el momento de la solicitud. Si el monto de los gastos de manutención solicitados o necesarios para la madre biológica supera el rango proporcionado inicialmente a los futuros padres adoptivos, a los padres adoptivos se les dará la opción de proceder con el emparejamiento, o de manera alternativa, se les dará la oportunidad de considerar casos alternativos que se ubiquen dentro del rango.

Por la presente, reconozco que he recibido una copia de esta política.

Nombre: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha: _____





Fundadora
Tara E. Gutterman, Esq.

Directora Ejecutiva
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social
Laura Hoffman, MSW, LCSW

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES BIOLÓGICOS

1. Se informa a los padres biológicos que Adoption ARC, Inc. es una agencia privada certificada de bienestar infantil, cuidado de acogida y adopción sin fines de lucro y constituida en el estado de Nueva Jersey. La agencia también está certificada para brindar servicios de adopción en Pennsylvania y Delaware. Las familias biológicas tienen derecho a servicios de asesoría para padres, o de colocar a su hijo en adopción de forma gratuita. Esta asesoría puede continuar indefinidamente y de forma gratuita.
2. La decisión de colocar a un niño en la agencia para su adopción se tomará SOLAMENTE después de la asesoría sobre diversas opciones, como la crianza con asistencia; cuidado de familiares; cuidado de acogida; o bien, se puede explorar una tutela temporal.

Los padres biológicos NO RECIBIRÁN ninguna compensación por su decisión de adopción. Deben tomar esta decisión libremente y por su propia voluntad. Los padres biológicos que decidieron renunciar a sus derechos conforme a las leyes de Nueva Jersey tendrán AL MENOS tres sesiones de asesoría personal, a menos que los padres biológicos renuncien específicamente a este servicio.

3. Las madres biológicas deben firmar una declaración jurada por escrito sobre la identidad del padre biológico.
4. Los padres biológicos son totalmente informados de los procedimientos legales.
 - a. El consentimiento para la adopción solo se puede firmar 72 horas después del nacimiento.
 - b. El consentimiento se registrará ante el Tribunal de Causas Comunes del condado de Filadelfia SOLO EN PENNSYLVANIA.
 - c. Los padres biológicos serán notificados de la audiencia SOLO EN PENNSYLVANIA.
 - d. Los padres biológicos tienen derecho a impugnar los procedimientos, y se les proporciona un número de teléfono para recibir servicios legales gratuitos.
 - e. Los padres biológicos pueden revocar su consentimiento para la colocación en adopción durante los 30 días posteriores a la fecha en que se haya firmado el consentimiento SOLO EN PENNSYLVANIA.
 - f. En Nueva Jersey, los padres biológicos no pueden renunciar a sus derechos hasta al menos 72 horas después del nacimiento. Dicha renuncia se realizará en presencia del trabajador social certificado de la agencia y debe ser notariada. Se debe informar a los padres biológicos que la entrega para adopción es total, definitiva e irrevocable, y tiene el efecto de rescisión de su patria potestad.
5. Los padres biológicos tienen el derecho de elegir a la familia adoptiva y reunirse con ellos si así lo desean.
6. Los padres biológicos pueden tener una adopción abierta que incluye fotografías y cartas periódicas de su hijo aproximadamente cada 3 meses durante los primeros dos años y luego cada año.

7. Los padres biológicos deben proporcionar a la agencia un historial médico y familiar preciso.
8. Los padres biológicos deben mantener a la agencia al tanto de todos los cambios de ubicación si desean continuar su relación abierta.
9. Los padres biológicos pueden enviar artículos o cartas a su hijo a través de la agencia para siempre.
10. Los padres biológicos pueden reportar al Tribunal de Causas Comunes del Condado de Filadelfia cualquier cambio en la dirección registrada SOLO EN PENNSYLVANIA. En Nueva Jersey, los padres biológicos deben reportar a la agencia todos los cambios en la dirección registrada.
11. Los padres biológicos tienen el derecho absoluto de confidencialidad, y toda la información personal y de identificación se guardará en un archivador a prueba de incendios.
12. Los padres biológicos tienen derecho a ser parte de un Grupo de Apoyo para Padres Biológicos a través de la agencia.
13. Los padres biológicos tienen el derecho absoluto de ser tratados con respeto y dignidad.
14. Las madres biológicas que deciden renunciar a sus derechos bajo las leyes de Nueva Jersey pueden tener derecho a gastos de manutención razonables. Para ser elegible para tales gastos, la madre biológica debe hacer un presupuesto con su consejero de padres biológicos, el cual se presentará al Director Ejecutivo de la agencia para su aprobación.
15. La madre biológica no tendrá que devolver ninguna parte de los gastos de manutención si decide no colocar al niño en adopción.
16. Los servicios de asesoría con la agencia pueden continuar indefinidamente. Sin embargo, los pagos (gastos de manutención) se terminarán el día calendario 30 después del nacimiento del niño, o después del día calendario 30 posterior a la exoneración firmada para la terminación de la patria potestad para quienes se solicitaron servicios de adopción.

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

10:121A-3.4 Información a padres y solicitantes de adopción

- (a) La agencia debe proporcionar a los padres biológicos y a los solicitantes de adopción una declaración escrita o un folleto que incluya ciertos derechos y responsabilidades de los padres y la agencia, según se especifica en la NJAC 10:121 A-3.4 (b).
- (b) La declaración escrita o el folleto debe contener la siguiente información:
 1. Adoption ARC debe estar certificada por la Oficina de Certificación (OOL) de la División de Servicios para Jóvenes y Familias de Nueva Jersey, de conformidad con la Ley de Adopción del Estado (N.J.S.A. 9:3-37 y siguientes);
 2. Adoption ARC está obligada por ley a cumplir con todos los requisitos aplicables de este capítulo. (10:121 A-3.4);
 3. Adoption ARC debe poner una copia actualizada del Manual de Requisitos para Agencias de Adopción a disposición de los padres de los niños atendidos por la agencia;
 4. Cualquier padre que crea o sospeche que la agencia está incumpliendo con cualquiera de los requisitos del Manual de Requisitos para Agencias de Adopción, puede reportar tales supuestos incumplimientos a la Oficina de Certificación;
 5. Cualquier padre puede obtener una copia del Manual de Requisitos para Agencias de Adopción comunicándose con la Oficina de Certificación, División de Servicios para Jóvenes y Familias, y la Oficina cobrará una cuota nominal por el manual, de acuerdo con la política del Departamento;
 6. Cuando así lo soliciten los padres de niños atendidos por Adoption ARC, ésta pondrá a disposición para su revisión los expedientes de certificación de la Oficina de Certificación, así como todos los Informes de Inspección o Incumplimiento de la agencia, excepto aquellos expedientes cuya divulgación está prohibida, de conformidad con la Ley de Abuso y Descuido Infantil (N.J.S.A. 9:6-8.10 (a)) de Nueva Jersey, y cualquier otra ley que prohíba dicha divulgación.
 7. Cualquier persona que tenga una causa razonable para creer que un niño que recibe servicios de la agencia ha sido y/o está siendo sujeto a cualquier forma de abuso, descuido o explotación infantil por parte de cualquier persona, ya sea que trabaje en la agencia o no, debe reportar tales alegaciones a la línea directa gratuita de la Oficina de Control de Abuso Infantil de la División de Servicios para Jóvenes y Familias (actualmente 1-877-nj abuse, o 1-877-652-2873), de conformidad con la Ley de Abuso y Descuido Infantil (N.J.S.A. 9:6-8.1 y siguientes) del estado. Tales denuncias pueden hacerse de forma anónima.
 8. Los padres pueden obtener información sobre abuso y descuido infantil comunicándose con la Oficina de Educación Comunitaria, División de Servicios para Jóvenes y Familias;
 9. Adoption ARC debe cooperar con los padres adoptivos y/o el abogado contratado por los padres adoptivos para proporcionar toda la información financiera necesaria para el informe de finalización, de conformidad con la Ley de Adopción (N.J.S.A. 9:3-37 y siguientes) del estado; y

10. Adoption ARC debe, cuando se le solicite, proporcionar datos sobre adopciones completadas durante los 12 meses anteriores.

Fecha: _____

Firma: _____

Firma: _____



Fundadora
Tara E. Gutterman, Esq.

Directora Ejecutiva
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social
Laura Hoffman, MSW, LCSW

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE LOS PADRES BIOLÓGICOS

Paso uno: El Consejero de Padres Biológicos (BPC) realiza una Evaluación de necesidades con el fin de personalizar un conjunto de gastos de manutención para satisfacer las necesidades individuales de la madre biológica.

- Identificación de las necesidades actuales de la madre biológica con ejemplos específicos indicados.

- Priorización de las necesidades actuales.

- Identificación de recursos actuales (comunidad, agencia y/o familia).

Paso dos:

- Recopilar datos (recibos de pago, facturas adeudadas y/o pagadas, así como observaciones por parte del BPC).



- Establecer, junto con la madre biológica, las necesidades realistas para que lograr el éxito de la madre.

- Evaluar la causa raíz del problema. ¿Hay alguna situación, en el panorama más amplio, que necesita resolverse?

- Establecimiento de metas (¿cuál es la parte de Adoption ARC y cuál es la parte de los padres biológicos para lograr las metas?)

- Desarrollo de un plazo para alcanzar las metas específicas.

- Desarrollo de soluciones a largo plazo.

Fecha: _____

Firma: _____

Firma: _____

Directora Ejecutiva:
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social:
Laura Hoffman, LCSW

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER EXPEDIENTES PRENATALES

Por el presente, autorizo a: Nombre de la agencia, hospital, clínica prenatal, centro o persona:		No. de teléfono
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Divulgar/obtener información de los expedientes de: <i>(Nombre del cliente)</i>		Fecha de nacimiento:
Para los fines de: adopción		
Información divulgada/obtenida: Cuadros médicos completos de <i>(nombre del cliente)</i>		
que incluye, entre otros, expedientes médicos relacionados con el trabajo de parto, parto, nacimiento y hospitalización; todos los resultados de las pruebas de laboratorio (p. ej., VIH, drogas, alcohol, ITSs, etc.); cualquier historial médico, resúmenes de admisión y alta; y expedientes prenatales.		
Favor de enviar la información a la atención de: Adoption ARC		Número de teléfono: (215) 748-1441 o 1-800-884-4004
Dirección: 811 Church Rd. Ste., 202, Cherry Hill, NJ 08002		Número de fax: (215) 842-9881

He sido informado que, para proteger la confidencialidad de los expedientes, mi acuerdo para obtener o divulgar información es necesario, y que este permiso se limita a los fines y al centro/agencia/persona indicado anteriormente, y estará vigente durante las fechas indicadas abajo. También entiendo que este consentimiento es revocable, excepto en la medida en que ya se haya tomado una decisión al respecto. (Todas las partes de este formulario deben llenarse en cumplimiento con las regulaciones modificadas, de conformidad con la Ley de Procedimientos de Salud Mental.)

En el futuro, si deseo revocar este consentimiento, comprendo que la solicitud debe hacerse por escrito, a menos que esté físicamente imposibilitado para escribir. Entiendo que este formulario de consentimiento será válido a partir de la fecha de mi firma, el _____, y expirará el _____ (sin exceder 1 año).

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN: Esta información se ha divulgado a usted de expedientes que están protegidos por una ley estatal. Las regulaciones estatales limitan su derecho a realizar otras divulgaciones de esta información sin el consentimiento previo por escrito de la persona a la que tal información pertenece. Además, la Regulación Federal (42 CFR Parte 2) le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que la divulgación adicional se permita expresamente por medio del consentimiento por escrito de la persona a la que tal información pertenece, o si está permitido de otra manera por la regulación 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas. La confidencialidad de estos expedientes está protegida por las siguientes disposiciones o las leyes de Pennsylvania, y usted es responsable de tratar estos expedientes en consecuencia: 50P.S.7111, 71P.S. 1690.108, 4 Código de PA 255.5, Código de PA Secciones 1101.51, 5100.4, 5100.31 -5100.39, 5200.41, 5210.26 y 5221.52.

Al firmar abajo, yo, _____, expreso que entiendo completamente la información contenida en esta divulgación de información.

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Directora Ejecutiva:
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social:
Laura Hoffman, LCSW

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER EXPEDIENTES MÉDICOS

Por el presente, autorizo a: Nombre de la agencia, hospital, clínica prenatal, centro o persona:		No. de teléfono
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Divulgar/obtener información de los expedientes de: <i>(Nombre del cliente)</i>		Fecha de nacimiento:
Así como de los expedientes de mi hijo:		Fecha de nacimiento:
Para los fines de: adopción		
Información divulgada/obtenida: Cuadros médicos completos de		
<i>(nombre del cliente)</i> , y <i>(nombre del menor)</i>		
que incluye, entre otros, expedientes médicos relacionados con el trabajo de parto, parto, nacimiento y hospitalización; todos los resultados de las pruebas de laboratorio (p. ej., VIH, drogas, alcohol, ITSs, etc.); cualquier historial médico, resúmenes de admisión y alta; y expedientes prenatales.		
Favor de enviar la información a la atención de: Adoption ARC		Número de teléfono: (215) 748-1441 o 1-800-884-4004
Dirección: 811 Church Rd. Ste., 202, Cherry Hill, NJ 08002		Número de fax: (215) 842-9881

He sido informado que, para proteger la confidencialidad de los expedientes, mi acuerdo para obtener o divulgar información es necesario, y que este permiso se limita a los fines y al centro/agencia/persona indicado anteriormente, y estará vigente durante las fechas indicadas abajo. También entiendo que este consentimiento es revocable, excepto en la medida en que ya se haya tomado una decisión al respecto. (Todas las partes de este formulario deben llenarse en cumplimiento con las regulaciones modificadas, de conformidad con la Ley de Procedimientos de Salud Mental.)

En el futuro, si deseo revocar este consentimiento, comprendo que la solicitud debe hacerse por escrito, a menos que esté físicamente imposibilitado para escribir. Entiendo que este formulario de consentimiento será válido a partir de la fecha de mi firma, el _____, y expirará el _____ (sin exceder 1 año).

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN: Esta información se ha divulgado a usted de expedientes que están protegidos por una ley estatal. Las regulaciones estatales limitan su derecho a realizar otras divulgaciones de esta información sin el consentimiento previo por escrito de la persona a la que tal información pertenece. Además, la Regulación Federal (42 CFR Parte 2) le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que la divulgación adicional se permita expresamente por medio del consentimiento por escrito de la persona a la que tal información pertenece, o si está permitido de otra manera por la regulación 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas. La confidencialidad de estos expedientes está protegida por las siguientes disposiciones o las leyes de Pennsylvania, y usted es responsable de tratar estos expedientes en consecuencia: 50P.S.7111, 71P.S. 1690.108, 4 Código de PA 255.5, Código de PA Secciones 1101.51, 5100.4, 5100.31 -5100.39, 5200.41, 5210.26 y 5221.52.

Al firmar abajo, yo, _____, expreso que entiendo completamente la información contenida en esta divulgación de información.

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Estado de Nueva Jersey
 DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS
 División de Protección y Permanencia Infantil

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA

<hr/> NOMBRE DE PILA DEL MENOR	<hr/> NÚMERO DE ID DEL CASO
<hr/> NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE LLENA EL FORMULARIO	<hr/> FECHA

SECCIÓN I. MADRE BIOLÓGICA

Indique, marcando la casilla apropiada, si la madre biológica o cualquiera de sus familiares ha tenido o ahora tiene cualquiera de las condiciones médicas listadas a continuación. Especifique la relación del familiar con la MADRE (p. ej., madre, padre, abuela, abuelo, hermana, hermano, tía, tío, primo, etc.). Para cualquier condición marcada como “SÍ”, proporcione información específica sobre la condición y/o el curso de tratamiento en la columna titulada “INFORMACIÓN ADICIONAL”. Esta columna también se puede usar para mencionar cualquier condición médica no listada abajo.

PARTE A HISTORIAL MÉDICO CONDICIONES MÉDICAS ENFERMEDADES

<u>CONDICIÓN MÉDICA</u>	<u>MADRE</u>			<u>FAMILIAR</u>	
ARTRITIS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Reumatoide					
Osteoartritis					
Juvenil					
AFECCIONES AL NACIMIENTO	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Paladar hendido					
Labio leporino					
Defecto cardíaco congénito					
Síndrome de alcoholismo fetal					
Exposición fetal a drogas					
Hidrocefalia					
Microcefalia					
Espina bífida					
TRASTORNOS SANGUÍNEOS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Anemia					
Anemia de Cooley (talasemia)					
Hemofilia					
Leucemia					
Enfermedad de Addison					
Rasgo de célula falciforme					
Enfermedad de célula falciforme					
Hepatitis					

<u>CONDICIÓN MÉDICA</u>	<u>MADRE</u>			<u>FAMILIAR</u>	
CÁNCER	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Seno					
Cervical					
Uterino					
Ovárico					
Enfermedad de Hodgkin					
Óseo					
Próstata					
Pulmonar					
Melanoma (piel)					
Estómago					
Hepático					
Tumores malignos					
Tumores benignos					
AFECCIONES CARDIACAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Arteriosclerosis					
Hipertensión					
Soplo cardíaco					
Prolapso de la válvula mitral					
Angina de pecho					
Derrame cerebral					
Ataque cardíaco					
ANORMALIDADES CROMOSÓMICAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Síndrome de Down					
Síndrome de Turner					
CONDICIONES DENTALES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Enfermedad periodontal					
Gingivitis					
Sobremordida					
Submordida					
Dentaduras					
Múltiples caries					
DESVENTAJAS EDUCATIVAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Retraso mental					
Trastorno de déficit de atención					
Hiperactividad					
Discapacidad auditiva (detalle)					
Discapacidad del habla (detalle)					
Trastorno de aprendizaje (detalle)					
Dislexia					
Emocionalmente perturbado					
SALUD MENTAL	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Depresión					
Autismo					
Alzheimer					

<u>CONDICIÓN MÉDICA</u>	<u>MADRE</u>			<u>FAMILIAR</u>	
Tendencias suicidas					
Psicosis					
Esquizofrenia					
Maniaco depresivo					
Anorexia					
Bulimia					
CONDICIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Parálisis cerebral					
Pie zambo					
Escoliosis					
Hernia de disco					
Nervio pellizcado					
CONDICIONES NEUROMUSCULARES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Esclerosis lateral amiotrófica (ALS o enfermedad Lou Gehrig)					
Enfermedad de Huntington					
Esclerosis múltiple					
Neurofibromatosis					
Enfermedad de Parkinson					
Enfermedad de Tay-Sachs					
Distrofia muscular					
CONDICIONES RESPIRATORIAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Asma					
Enfisema					
Fibrosis quística					
Alergias/fiebre del heno					
Alergias alimentarias					
Alergias a medicamentos					
Enfermedad reactiva de las vías respiratorias					
Tuberculosis					
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Gonorrea					
Clamidia					
Sífilis					
VIH +					
Herpes					
Enfermedad inflamatoria pélvica					
ANORMALIDADES ESQUELÉTICAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Enanismo					
Espalda jorobada					
Propensión a fracturas					
Osteoporosis					
Órganos mal formados (detalle)					
Parálisis					
Dedos anormales (detalle)					

<u>CONDICIÓN MÉDICA</u>	<u>MADRE</u>			<u>FAMILIAR</u>	
AFECCIONES CUTÁNEAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Psoriasis					
Eczema					
Seborrea					
AFECCIONES VISUALES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Ceguera					
Retinitis pigmentosa					
Glaucoma					
Miopía					
Hipermetropía					
Daltonismo					
Ojo vago					
Cataratas					
Astigmatismo					
OTRAS ENFERMEDADES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Epilepsia/convulsiones					
Síndrome de Tourette					
Enfermedad de Crohn					
Enfermedad de Lyme					
Hepatitis (detalle)					
Enfermedad de la tiroides					
Cirrosis					
Diabetes					
Cálculos renales					
Endometriosis					
Cálculos biliares					
Lupus					
Enfermedad renal					
Trastorno hepático					
PROBLEMAS DE SALUD GENERALES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con la madre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Hipoglucemia					
Colesterol alto					
Obesidad					
Malnutrición					
Nacimientos múltiples					
Bebés prematuros					
Muerte súbita infantil					
Monitor de apnea					

POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER OTRA CONDICIÓN QUE NO SE HAYA INDICADO ARRIBA Y DE LA CUAL LA MADRE TENGA CONOCIMIENTO, EN SU PROPIO HISTORIAL MÉDICO O EN EL HISTORIAL MÉDICO DE SUS FAMILIARES.

POR FAVOR, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DESCRIPTIVA SOBRE LA MADRE BIOLÓGICA:

Mano dominante: _____ Derecha _____ Izquierda

Altura: _____ Peso: _____ Tipo de cuerpo: _____

Características distintivas: _____

Enfermedades de la infancia: _____

Accidentes/hospitalizaciones/lesiones (naturaleza del evento y fecha): _____

**PARTE B MEDICAMENTOS Y DROGAS CONSUMIDOS DURANTE LA
 GESTACIÓN DEL NIÑO Y 5 AÑOS ANTES DEL NACIMIENTO**

SUSTANCIA	SÍ	NO	NO SABE	Frecuencia	INFORMACIÓN ADICIONAL
Alcohol					
Anfetaminas (detalle)					
Barbitúricos (detalle)					
Cocaína/crack					
Heroína					
Tabaco					
Cortisona					
Esteroides					
Hormonas (detalle)					
LSD					
Mariguana					
Pastillas para dormir					
Pastillas para perder peso					
Tranquilizantes (detalle)					
Medicamentos para fertilidad (detalle)					
Medicamentos tomados para cualquiera de las condiciones listadas en la Parte A. Especifique la condición y el tipo de medicamento.					
Especifique medicamentos de venta libre consumidos, como analgésicos, antihistamínicos, etc.					

SI EL MENOR ES UNA NIÑA, COMPLETE LAS SIGUIENTE INFORMACIÓN:

HISTORIAL GINECOLÓGICO DE LA MADRE		
	DETALLE	
Edad a la primera menstruación		
Edad de la menopausia (de la madre o de familiares)		
Anticonceptivos tomados		
Medicamentos para fertilidad consumidos		
Problemas menstruales		
Número de abortos médicos		
Número de embarazos		
CONDICIÓN	SÍ	NO
Cesárea	(indique el número)	
Senos con quistes/fibrosis		
Endometriosis		
Abortos espontáneos	(indique el número)	
Parto de feto muerto	(indique el número)	
Toxemia		
Fibromas uterinos		

Estado de Nueva Jersey
DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS
División de Protección y Permanencia Infantil

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA

<hr/> NOMBRE DE PILA DEL MENOR	<hr/> NÚMERO DE ID DEL CASO
<hr/> NOMBRE Y TÍTULO DE LA PERSONA QUE LLENA EL FORMULARIO	<hr/> FECHA

SECCIÓN II. PADRE BIOLÓGICO

Indique, marcando la casilla apropiada, si el padre biológico o cualquiera de sus familiares ha tenido o ahora tiene cualquiera de las condiciones médicas listadas a continuación. Especifique la relación del familiar con el PADRE (p. ej., madre, padre, abuela, abuelo, hermana, hermano, tía, tío, primo, etc.). Para cualquier condición marcada como “SÍ”, proporcione información específica sobre la condición y/o el curso de tratamiento en la columna titulada “INFORMACIÓN ADICIONAL”. Esta columna también se puede usar para mencionar cualquier condición médica no listada abajo.

PARTE A HISTORIAL MÉDICO CONDICIONES MÉDICAS ENFERMEDADES

<u>CONDICIÓN MÉDICA</u>	<u>PADRE</u>			<u>FAMILIAR</u>	<u>INFORMACIÓN ADICIONAL</u>
ARTRITIS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Reumatoide					
Osteoartritis					
Juvenil					
AFECCIONES AL NACIMIENTO	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Paladar hendido					
Labio leporino					
Defecto cardíaco congénito					
Síndrome de alcoholismo fetal					
Exposición fetal a drogas					
Hidrocefalia					
Microcefalia					
Espina bífida					
TRASTORNOS SANGUÍNEOS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Anemia					
Anemia de Cooley (talasemia)					
Hemofilia					
Leucemia					
Enfermedad de Addison					
Rasgo de célula falciforme					
Enfermedad de célula falciforme					
Hepatitis					

<u>CONDICIÓN MÉDICA</u>	<u>PADRE</u>			<u>FAMILIAR</u>	
CÁNCER	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Seno					
Cervical					
Uterino					
Ovárico					
Enfermedad de Hodgkin					
Óseo					
Próstata					
Pulmonar					
Melanoma (piel)					
Estómago					
Hepático					
Tumores malignos					
Tumores benignos					
AFECCIONES CARDIACAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Arteriosclerosis					
Hipertensión					
Soplo cardiaco					
Prolapso de la válvula mitral					
Angina de pecho					
Derrame cerebral					
Ataque cardiaco					
ANORMALIDADES CROMOSÓMICAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Síndrome de Down					
Síndrome de Turner					
CONDICIONES DENTALES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Enfermedad periodontal					
Gingivitis					
Sobremordida					
Submordida					
Dentaduras					
Múltiples caries					
DESVENTAJAS EDUCATIVAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Retraso mental					
Trastorno de déficit de atención					
Hiperactividad					
Discapacidad auditiva (detalle)					
Discapacidad del habla (detalle)					
Trastorno de aprendizaje (detalle)					
Dislexia					
Emocionalmente perturbado					
SALUD MENTAL	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Depresión					
Autismo					
Alzheimer					

<u>CONDICIÓN MÉDICA</u>	<u>PADRE</u>			<u>FAMILIAR</u>	
Tendencias suicidas					
Psicosis					
Esquizofrenia					
Maniaco depresivo					
Anorexia					
Bulimia					
CONDICIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Parálisis cerebral					
Pie zambo					
Escoliosis					
Hernia de disco					
Nervio pellizcado					
CONDICIONES NEUROMUSCULARES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Esclerosis lateral amiotrófica (ALS o enfermedad Lou Gehrig)					
Enfermedad de Huntington					
Esclerosis múltiple					
Neurofibromatosis					
Enfermedad de Parkinson					
Enfermedad de Tay-Sachs					
Distrofia muscular					
CONDICIONES RESPIRATORIAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Asma					
Enfisema					
Fibrosis quística					
Alergias/fiebre del heno					
Alergias alimentarias					
Alergias a medicamentos					
Enfermedad reactiva de las vías respiratorias					
Tuberculosis					
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Gonorrea					
Clamidia					
Sífilis					
VIH +					
Herpes					
Enfermedad inflamatoria pélvica					
ANORMALIDADES ESQUELÉTICAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Enanismo					
Espalda jorobada					
Propensión a fracturas					
Osteoporosis					
Órganos mal formados (detalle)					
Parálisis					
Dedos anormales (detalle)					

<u>CONDICIÓN MÉDICA</u>	<u>PADRE</u>			<u>FAMILIAR</u>	
AFECCIONES CUTÁNEAS	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Psoriasis					
Eczema					
Seborrea					
AFECCIONES VISUALES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Ceguera					
Retinitis pigmentosa					
Glaucoma					
Miopía					
Hipermetropía					
Daltonismo					
Ojo vago					
Cataratas					
Astigmatismo					
OTRAS ENFERMEDADES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Epilepsia/convulsiones					
Síndrome de Tourette					
Enfermedad de Crohn					
Enfermedad de Lyme					
Hepatitis (detalle)					
Enfermedad de la tiroides					
Cirrosis					
Diabetes					
Cálculos renales					
Endometriosis					
Cálculos biliares					
Lupus					
Enfermedad renal					
Trastorno hepático					
PROBLEMAS DE SALUD GENERALES	SÍ	NO	NO SABE	Relación con el padre - Especifique	INFORMACIÓN ADICIONAL
Hipoglucemia					
Colesterol alto					
Obesidad					
Malnutrición					
Nacimientos múltiples					
Bebés prematuros					
Muerte súbita infantil					
Monitor de apnea					

POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER OTRA CONDICIÓN QUE NO SE HAYA INDICADO ARRIBA Y DE LA CUAL EL PADRE TENGA CONOCIMIENTO, EN SU PROPIO HISTORIAL MÉDICO O EN EL HISTORIAL MÉDICO DE SUS FAMILIARES.

POR FAVOR, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DESCRIPTIVA SOBRE EL PADRE BIOLÓGICO:

Mano dominante: _____ Derecha _____ Izquierda

Altura: _____ Peso: _____ Tipo de cuerpo: _____

Características distintivas: _____

Enfermedades de la infancia: _____

Accidentes/hospitalizaciones/lesiones (naturaleza del evento y fecha: _____

**PARTE B MEDICAMENTOS Y DROGAS CONSUMIDOS POR EL PADRE
 DURANTE LA GESTACIÓN DEL NIÑO Y 5 AÑOS ANTES DEL NACIMIENTO**

SUSTANCIA	SÍ	NO	NO SABE	Frecuencia	INFORMACIÓN ADICIONAL
Alcohol					
Anfetaminas (detalle)					
Barbitúricos (detalle)					
Cocaína/crack					
Heroína					
Tabaco					
Cortisona					
Esteroides					
Hormonas (detalle)					
LSD					
Mariguana					
Pastillas para dormir					
Pastillas para perder peso					
Tranquilizantes (detalle)					
Medicamentos para fertilidad (detalle)					
Medicamentos tomados para cualquiera de las condiciones listadas en la Parte A. Especifique la condición y el tipo de medicamento.					
Especifique medicamentos de venta libre consumidos, como analgésicos, antihistamínicos, etc.					

SECCIÓN III HISTORIAL DEL EMBARAZO CON ESTE NIÑO

Nombre del menor: _____

¿Los padres son familiares? _____ SÍ _____ NO _____ NO SABE

Si respondió que sí, ¿cuál es la relación? _____

Mes de embarazo en que comenzó el cuidado prenatal: _____

Aumento de peso durante el embarazo: _____

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? _____ SÍ _____ No

Si respondió que sí, explique: _____

CONDICIONES MATERNALES DURANTE EL EMBARAZO

	SÍ	NO	FECHA
Accidentes	___	___	_____
Consumo de alcohol	___	___	_____
Diabetes	___	___	_____
Consumo de drogas	___	___	_____
Infecciones	___	___	_____
Peligro de aborto espontáneo	___	___	_____
Rubeola	___	___	_____
Sangrado vaginal profuso	___	___	_____
Consumo de tabaco	___	___	_____
Toxemia	___	___	_____
Enfermedad venérea	___	___	_____
Virus (gripe, mononucleosis, herpes labial)	___	___	_____

Si respondió que sí, explique: _____

PARTO PARA ESTE NIÑO

Duración del trabajo de parto _____ Tipo de sangre _____ Factor Rh _____

Tipo de parto: _____ Natural _____ Cesárea

Anestesia/medicamentos aplicados: _____

¿Se usaron fórceps? _____ SÍ _____ NO

Serología: _____

SECCIÓN IV HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Hora: _____ Sexo: _____

Lugar de nacimiento: _____

Duración del embarazo: _____ semanas

Peso: _____ libras _____ onzas / _____ gramos

Longitud: _____ pulgadas / _____ centímetros

Circunferencia de la cabeza: _____ pulgadas / _____ centímetros

Circunferencia del pecho: _____ pulgadas / _____ centímetros

Respiración: _____ inmediata _____ demorada _____ inducida

Escala de Apgar: _____ Un minuto _____ Cinco minutos

Condición del niño en el nacimiento: _____

Comentarios sobre le nacimiento: _____

Anormalidades: _____

Tipo de sangre del bebé: _____ Factor Rh: _____

TSH, T4: _____

Prueba de Coombs: _____

PKU: _____

Profilaxis del ojo: _____

Fecha de circuncisión: _____

Fecha de alta: _____ Peso en el alta: _____

Condición del niño en el momento del alta: _____

ENFERMEDADES EN LA INFANCIA

HITOS DEL DESARROLLO

	SÍ	NO	FECHA		EDAD
Varicela	___	___	_____	Se sentó	_____
Sarampión	___	___	_____	Habló	_____
Paperas	___	___	_____	Gateó	_____
Rubeola	___	___	_____	Caminó	_____
Tos ferina	___	___	_____	Control de heces	_____

SECCIÓN V **HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO**

Nombre del niño: _____

Prueba de drogas: Fecha _____ Resultado _____

Prueba de VIH: Fecha _____ Resultado _____

Fecha _____ Resultado _____

Anemia falciforme: Fecha _____ Resultado _____

Tuberculosis (indique Mantoux o Tine): Fecha: _____ Resultado: _____

Otro: Especifique _____ Fecha: _____ Resultado: _____

VACUNAS (FECHAS)

Paperas _____

Rubeola _____

Sarampión _____

DPT (difteria, tétano, tos ferina)

8. _____ 2. _____ 3. _____ Refuerzo _____ Refuerzo _____

Refuerzo de tétano 1. _____ 2. _____

Poliomielitis (indique Salk o Sabin)

9. _____ 2. _____ 3. _____ Refuerzo _____ Refuerzo _____

HIB (Haemophilus influenzae)

10. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Enfermedad significativa (tipo y fecha) _____

Lesión significativa (tipo y fecha) _____

Cirugía (tipo y fecha) _____

SECCIÓN VI **EXÁMENES DE ESPECIALISTAS MÉDICOS**

Nombre del niño: _____

<p>Fecha de tratamiento: _____</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Diagnóstico/hallazgos:</p> <p>Pronóstico:</p> <p>Recomendaciones de tratamiento:</p> <p>Medicamentos recetados:</p>	<p>Fecha de tratamiento: _____</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Diagnóstico/hallazgos:</p> <p>Pronóstico:</p> <p>Recomendaciones de tratamiento:</p> <p>Medicamentos recetado:</p>
<p>Fecha de tratamiento: _____</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Diagnóstico/hallazgos:</p> <p>Pronóstico:</p> <p>Recomendaciones de tratamiento:</p> <p>Medicamentos recetados:</p>	<p>Fecha de tratamiento: _____</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Diagnóstico/hallazgos:</p> <p>Pronóstico:</p> <p>Recomendaciones de tratamiento:</p> <p>Medicamentos recetado:</p>

SECCIÓN VIII

**ACUSE DE RECIBO DEL HISTORIAL
MÉDICO POR LOS PADRES ADOPTIVOS**

Nombre del niño: _____

Número de ID de caso del niño: _____

Por el presente, acuso recibo de una copia del Formulario de Historial Médico de la Familia como componente de la colocación en adopción de _____ en mi casa.

El Formulario de Historial Médico de la Familia incluye:

- Sección I Información médica sobre la madre biológica
- Sección II Información médica sobre el padre biológico
- Sección III Historial del embarazo con este niño
- Sección IV Historial de nacimiento del niño
- Sección V Historial médico del niño
- Sección VI Exámenes de especialistas médicos
- Sección VII Personalidad y temperamento del niño

Entiendo que la agencia ha incluido en este formulario toda la información relacionada que la agencia obtuvo durante su trabajo con el niño mencionado anteriormente y su familia. Se puede obtener información adicional de _____, quien remitió a este niño para fines de adopción.

Además, entiendo que puede haber condiciones médicas no detectadas, o información médica de los antecedentes del menor que no se divulgó a la agencia; y por lo tanto, no podría estar a mi disposición.

Tengo conocimiento de que la agencia me brindará información adicional, que incluye el historial social, educativo y de desarrollo de los padres, así como los exámenes médicos más recientes del niño.

Entiendo que he recibido toda la información conocida sobre la situación del menor y de los padres biológicos respecto al VIH, y que la información de los padres biológicos respecto al VIH se debe mantener confidencial de conformidad con la N.J.S.A. 26:5C-10, y acepto cumplir con este requisito.

Firmas de los padres adoptivos

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

_____ Representante de la agencia

_____ Cargo

_____ Fecha

Agencia: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Resumen social de la madre biológica

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Características físicas:

Ojos: _____ Color/textura del cabello: _____ Tono de piel: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo de cuerpo: _____

Raza: _____ Anteojos: _____ Diestro/Zurdo: _____

Información educativa:

Primaria: _____ Media superior: _____ Universidad: _____

Capacitación vocacional: _____ Otra: _____

Información de empleo:

¿Está empleada? Sí / No

Empleo actual (tipo de trabajo): _____

Empleos anteriores: _____

Historial civil:

¿Está casada actualmente? Sí / No

¿Ha estado casada anteriormente? Sí / No

Información sobre otros niños:

Nombre de pila del menor	Sexo	Fec. de nac.	Lugar de nac.	Residencia
--------------------------	------	--------------	---------------	------------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

¿Alguno de sus hijos ha tenido cualquier enfermedad mental o física inusual? Sí / No

Si respondió que sí, por favor explique:

¿Qué religión profesa? _____

Historial de desarrollo (de los otros hijos):

Evento	Edad	Evento	Edad
Primer diente_____		Problemas de alimentación_____	
Comenzó a gatear_____		Mojaba la cama_____	
Comenzó a caminar_____		Primer ciclo menstrual_____	
Aprendió a usar el baño_____		Problemas con el periodo_____	
Comenzó a hablar_____		Acné_____	

Proporcione una breve descripción de sus talentos, pasatiempos e intereses:

Razones de la colocación:

¿Por qué piensa que es deseable colocar al niño en adopción?

¿Qué piensa actualmente sobre la posibilidad de que el niño se comunique con usted cuando cumpla 18 años de edad?

Historial familiar:

Proporcione una descripción breve sobre su hogar y vida familiar durante su infancia:

Indique el número de hermanos: _____

¿Hay algo sobre usted que desearía que su hijo supiera algún día?

Resumen social del padre biológico

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Características físicas:

Ojos: _____ Color/textura del cabello: _____ Tono de piel: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo de cuerpo: _____

Raza: _____ Anteojos: _____ Diestro/Zurdo: _____

Información educativa:

Primaria: _____ Media superior: _____ Universidad: _____

Capacitación vocacional: _____ Otra: _____

Información de empleo:

¿Está empleado? Sí / No

Empleo actual (tipo de trabajo): _____

Empleos anteriores: _____

Historial civil:

¿Está casado actualmente? Sí / No

¿Ha estado casado anteriormente? Sí / No

Información sobre otros niños:

Nombre de pila del menor	Sexo	Fec. de nac.	Lugar de nac.	Residencia
--------------------------	------	--------------	---------------	------------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

¿Alguno de sus hijos ha tenido cualquier enfermedad mental o física inusual? Sí / No

Si respondió que sí, por favor explique:

¿Qué religión profesa? _____

Historial de desarrollo (de los otros hijos):

Evento	Edad	Evento	Edad
Primer diente	_____	Problemas de alimentación	_____
Comenzó a gatear	_____	Mojaba la cama	_____
Comenzó a caminar	_____	Primer ciclo menstrual	_____
Aprendió a usar el baño	_____	Problemas con el periodo	_____
Comenzó a hablar	_____	Acné	_____

Proporcione una breve descripción de sus talentos, pasatiempos e intereses:

Razones de la colocación:

¿Por qué piensa que es deseable colocar al niño en adopción?

¿Qué piensa actualmente sobre la posibilidad de que el niño se comunique con usted cuando cumpla 18 años de edad?

Historial familiar:

Proporcione una descripción breve sobre su hogar y vida familiar durante su infancia:

Indique el número de hermanos: _____

¿Hay algo sobre usted que desearía que su hijo supiera algún día?

FORMULARIO DE APERTURA

Nombre de la madre biológica: _____

Nombre del padre biológico: _____

Nombre del consejero: _____

I. Marque la declaración que describe de mejor manera los deseos de la madre biológica (BM) y del padre biológico (BF)

_____ Desea que la agencia seleccione a la familia (no se desea una apertura).

_____ Desea participar en la selección, solo a través de perfiles y fotografías.

_____ Desea tener una sola reunión con la familia adoptiva en el momento de la colocación.

_____ Desea intercambiar fotografías y cartas de forma continua a través de la agencia.

_____ Desea conocer a la familia adoptiva y tener la posibilidad de visitas futuras.

II. ¿Hay otros miembros de la familia extendida (p. ej., abuelos paternos o maternos) participando en el proceso?

REGISTRO DE LLAMADAS

Nombre del cliente:

Consejero:

<u>No.</u>	<u>Fecha</u>	<u>Hora</u>	<u>Resultado</u>	<u>Firma</u>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

PREGUNTAS COMUNES QUE PODRÍA TENER AL CONSIDERAR UNA ADOPCIÓN PARA SU HIJO

1. ¿Puedo elegir a los padres que adoptarán a mi hijo? En ARC, usted puede ayudar en esta elección. Compartiremos los perfiles con usted acerca de las familias, y usted puede hacer sus selecciones. Puede ver fotos de las familias, posiblemente hablar con una familia por teléfono, y en el momento de la colocación, puede reunirse con la familia que desee.
2. ¿Cómo sé que son buenas personas y que proporcionarán un buen hogar para mi hijo? Cada familia que está autorizada para la adopción es aprobada primero a través de un proceso llamado estudio de caso. Primero, deben presentar muchos documentos, como cartas de referencia, estados financieros, informes médicos, etc. También verificamos que no tengan antecedentes penales o de abuso infantil. Posteriormente, un trabajador social va a su casa 3 o más veces para conocerlos y conocer sus motivos de adopción. Finalmente, tienen que asistir a clases de capacitación sobre adopción y ser buenos padres. Una vez que hayan completado con éxito todos estos pasos, pueden ser aprobados para la adopción.
3. ¿Cómo sabré acerca de la situación de mi hijo en el futuro? En ARC, nos mantendremos en contacto con la familia adoptiva, y obtendremos fotos y actualizaciones de la familia adoptiva para compartir con usted cada pocos meses en los primeros años, y luego una vez al año a medida que el niño crezca.
4. ¿Qué pasa si quiero a mi hijo de regreso? La adopción no es lo mismo que el cuidado de acogida. En la adopción, está haciendo un plan permanente para que su hijo tenga una “familia para siempre”, un hogar permanente. Si cree que es posible que desee que su hijo regrese algún día, este es uno de los temas de los que deberíamos hablar en el asesoramiento para ayudarlo a realizar el mejor plan; tal vez sea la adopción, tal vez no lo sea.
5. ¿Existe realmente alguna familia para mi hijo? Mi hijo no es un bebé. Sí, hay familias amorosas aprobadas para cada niño sin importar lo que haya sucedido durante el embarazo, o si el niño nace inesperadamente con necesidades especiales, o si el niño se coloca en adopción a una edad más avanzada. Estos padres reciben capacitación adicional y servicios de apoyo para equiparlos para la crianza de estos niños especiales.
6. ¿Tengo que informar al padre del niño? Las leyes de Pennsylvania y Nueva Jersey otorgan a los padres los mismos derechos que las madres. Este es otro tema que puede abordar más durante su asesoramiento gratuito.
7. Tengo menos de 18 años, ¿debo informar a mis padres? Esta es una pregunta complicada, y la respuesta depende de con quién viva, entre otros factores. Hable de eso con su consejera cuando vaya a visitarla.
8. ¿Qué pasa si me quedo con mi hijo? ¿ARC aún me ayudará? SÍ, continuaremos brindándole servicios de apoyo de asesoramiento gratuito y remisiones a otros servicios que pueda necesitar para tener éxito como madre de su hijo.

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA

Este breve cuestionario intentará ayudarla a evaluar sus sentimientos, junto con las realidades del contexto de su situación a medida que explora las opciones que enfrenta para el futuro de su hijo. Dado que se trata de la planificación de la permanencia, solo vamos a abordar tres opciones: criar al niño como madre de tiempo completo; un familiar (o el otro padre) cría al niño como padre de tiempo completo; o colocación en adopción del niño.

Por favor responda este cuestionario en detalle y honestamente. Use tantas páginas como necesite. Usted y su pareja, o el otro padre del niño, deben responder por separado. Queremos que tenga tanto poder y control sobre el futuro de usted y de su hijo como sea posible. También creemos firmemente que las necesidades de su hijo deben ser la máxima prioridad, y que cualquier decisión que se tome debe ser en el mejor interés de su hijo. Esperamos que el uso de esta herramienta le ayude con su decisión.

Metas:

1. ¿Cuáles son las metas para usted mismo? Intente nombrar al menos tres a cinco metas más importantes.
2. ¿Cómo espera que sea su vida dentro de 5 años? ¿Y dentro de 10 años?
3. ¿Cuál de sus metas es más importante para usted? ¿Qué tan duro está dispuesto a trabajar para lograr esa meta? ¿Qué efecto tendrá el esfuerzo para lograr esta meta en otros aspectos de su vida? ¿Otras relaciones en su vida?
4. ¿Cuáles de sus metas son las menos importantes para usted? ¿Estaría dispuesto a renunciar a esta meta? ¿Cómo el renunciar a esta meta afectará su vida? ¿Cómo el renunciar a esta meta afectará las vidas de otras personas importantes para usted (su cónyuge, pareja o hijos, por ejemplo)?
5. ¿Cómo el ser padre de tiempo completo para este niño afectará su propia capacidad para alcanzar sus metas?
6. ¿Cómo el colocar a este niño con un miembro de la familia afectará su propia capacidad para alcanzar sus metas?
7. ¿Cómo el colocar a este niño en adopción afectará su propia capacidad para alcanzar sus metas?

Metas para su hijo y cualquier otro hijo suyo

1. Como padre, ¿cuáles son las 3-5 metas más importantes que tiene para la vida de sus hijos? Algunos ejemplos podrían incluir cosas como las siguientes:
 - Crecer y ser feliz y saludable
 - Obtener una buena educación
 - Alcanzar sus talentos potenciales en música, arte, deportes, etc.
 - Desarrollar valores morales
 - Desarrollar buenas relaciones con los demás
 - Ser financieramente exitoso
 - Tener una vida mejor que la que yo (el padre) he tenido
2. ¿Qué metas para su hijo son las menos importantes para usted como padre?
3. ¿Qué efecto tendrá en su hijo si no tiene una infancia que lo ayude a lograr estas metas?
4. ¿Qué efecto tendrá en su hijo si su infancia puede ayudarlo a lograr estas metas?
5. ¿Cómo le afectará a usted como padre si su hijo no puede lograr estas metas? ¿Cómo le afectará a usted como padre si su hijo tiene la oportunidad de lograr estas metas?
6. Como padre, ¿qué esfuerzos y sacrificios está dispuesto a hacer para que su hijo tenga las oportunidades de lograr estas metas?
7. ¿De qué manera el criar a su hijo como padre de tiempo completo afectará las oportunidades de su hijo para lograr estas metas?
8. ¿Cómo la colocación con un miembro de la familia afectará la oportunidad de su hijo para lograr estas metas?
9. ¿Cómo la colocación en adopción afectará las oportunidades de su hijo para lograr estas metas?

Realidades prácticas – Finanzas:

1. ¿Cuánto costará criar a este niño? ¿Cuáles son los costos más esenciales involucrados?
2. ¿Tengo los recursos financieros necesarios para criar a este niño? Si no es así, ¿qué cambios podría hacer que me permitirían tener los recursos financieros necesarios para criar al niño?
3. Si no tengo personalmente los recursos financieros para criar a un niño, ¿qué fuentes de ayuda y apoyo puedo obtener como ayuda con esto?
4. ¿Mis recursos financieros estarán al límite si agrego las necesidades de este niño a mi presupuesto? Si es así, ¿cómo me afectará esto? ¿Cómo afectará esto al niño? ¿Cómo afectará esto a otros hijos que ya estoy criando?
5. ¿Cómo la colocación de este niño con un familiar afectará su capacidad para tener una crianza económicamente estable?
6. ¿Cómo la adopción de este niño afectará su capacidad para tener una crianza económicamente estable?

Vivienda:

1. ¿Tengo una vivienda adecuada para este niño?
2. Si no es así, ¿qué cambios puedo hacer para que mi situación de vivienda sea adecuada para este niño?
3. ¿Cómo el criar a este niño afectará los arreglos de vivienda para mí y mis otros hijos?
4. ¿Cómo la situación de vivienda de este niño se verá afectada si es colocado con un familiar?
5. ¿Cómo la situación de vivienda de este niño se verá afectada si es colocado para su adopción?

Atención médica:

1. ¿Este niño recibió atención médica de rutina o especial?
2. ¿Tengo los recursos para proporcionar la atención médica que este niño necesita?
3. Si no es así, ¿sé cómo encontrar y usar los recursos necesarios para obtener atención médica para mi hijo?
4. ¿Cómo las necesidades médicas de mi hijo se verán afectadas si yo mismo lo crío?
5. ¿Cómo las necesidades médicas de mi hijo se verán afectadas si es colocado con un familiar?
6. ¿Cómo las necesidades médicas de mi hijo se verán afectadas si es colocado en adopción?

Circunstancias especiales:

Para algunos padres y sus hijos, las circunstancias especiales en la vida del padre o del niño pueden ser factores cruciales para tomar esta decisión. Tales circunstancias especiales podrían incluir un padre que se está recuperando de la dependencia de drogas o alcohol, un padre con problemas de salud mental, un padre que ya está criando a otros niños, especialmente si alguno de esos otros niños tiene necesidades especiales, un padre que intenta reunirse con otros niños que no están bajo su custodia por cualquier motivo; o un niño que tiene necesidades especiales propias.

1. ¿Alguna de estas circunstancias especiales (u otras similares) se aplica a usted?
2. Si no es así, omita esta sección y continúe. Si respondió que sí, ¿enumere las circunstancias especiales?
3. ¿Cómo el criar a este niño usted mismo afectará su capacidad para hacer frente a estas circunstancias especiales? Por ejemplo, criar a este niño tendrá un impacto positivo, neutral o perjudicial en su recuperación o en su capacidad para criar a sus otros hijos, etc.
4. ¿Cómo el colocar a este niño con un familiar afectará la capacidad de usted para hacer frente a estas circunstancias especiales?
5. ¿Cómo el colocar a este niño en adopción afectará la capacidad de usted para hacer frente a estas circunstancias especiales?

El panorama general

1. ¿Quién más está involucrado en esta decisión? ¿Otros miembros de la familia? ¿Amigos? ¿Algún proveedor de servicios especiales con los que estoy involucrado? ¿Tribunales?
2. ¿Cómo reaccionará cualquiera de estas personas si decido criar a este niño?
3. ¿Cómo reaccionará cualquiera de estas personas si decido colocar a este niño con un familiar?
4. ¿Cómo reaccionará cualquiera de estas personas si decido colocar a este niño en adopción?
5. ¿Cuánto me importan las reacciones de los demás? ¿Cuánto afectará esto a mi decisión? ¿Cuánto afectará esto mi capacidad para tener éxito con el resultado de mi decisión? ¿En qué medida dependo en cualquiera de estas otras personas como apoyo en mi vida diaria, y cómo la decisión que tome afectará ese apoyo?

Sentimientos:

1. ¿Qué emociones tengo al responder estas preguntas?
2. ¿Cómo me hace sentir, emocionalmente, la idea de criar a este niño?
3. ¿Qué sentimientos tengo cuando considero colocar a este niño con un familiar?
4. ¿Qué sentimientos tengo cuando considero colocar a este niño en adopción?
5. ¿Cómo creo que me sentiré en 5 o 10 años sobre mi decisión?
6. ¿Cómo creo que se sentirá mi hijo?
7. ¿Es probable que mis sentimientos inmediatos y mis sentimientos a largo plazo sean iguales o diferentes? ¿Por qué? ¿Cómo estos sentimientos afectarán mi vida? ¿La vida de mi hijo?
8. ¿Qué parte de mi decisión estoy basando en emociones y sentimientos? ¿Es esta la base que quiero usar para tomar esta decisión?

Pérdidas y beneficios:

1. Si decido criar a este niño, ¿qué pérdidas están involucradas para mí? ¿Para el niño?
2. Si decido criar a este niño, ¿qué beneficios están involucrados para mí? ¿Para el niño?
3. Si decido colocar a este niño con un familiar, ¿qué pérdidas implica? ¿Para mí? ¿Para el niño?
4. Si decido colocar a este niño con un familiar, ¿qué beneficios implica? ¿Para mí? ¿Para el niño?
5. Si decido colocar a este niño en adopción, ¿qué pérdidas implica? ¿Para mí? ¿Para el niño?

Declaraciones de autoevaluación:

Marque cualquiera de las siguientes afirmaciones que se apliquen a su situación:

- Me siento preparada para criar a este niño
- Algunas personas dicen que me ayudarán
- Quiero criar a este bebé más que cualquier otra cosa
- Mi pareja y yo queremos criar a este bebé juntos
- Me siento cómoda siendo madre soltera
- No me siento cómoda siendo madre soltera
- Estoy lista y puedo manejar las necesidades de este niño
- No estoy lista y no puedo manejar las necesidades de este niño
- Puedo manejar las necesidades de un bebé, pero no estoy segura sobre las necesidades de un niño de 5 o 10 años o de un adolescente
- Puedo manejar las necesidades de este niño y mis otros niños
- Puedo manejar las necesidades de este niño, pero puede poner en riesgo mi capacidad para satisfacer las necesidades de mis otros hijos
- Criar a este niño me impedirá alcanzar mis metas
- No puedo imaginar cómo lograré salir adelante económicamente
- Puedo imaginar a mi hijo creciendo de manera más segura en otra familia
- Nunca podría imaginar a un hijo mío en otra familia.
- Quiero que mi hijo tenga padres que estén realmente listos para ser padres en este momento

Declaraciones de autoevaluación:

- _____ Estoy segura de que los padres adoptivos son bien evaluados y pueden proporcionar un buen hogar para mi hijo
- _____ No tengo confianza en el proceso de evaluación para padres adoptivos
- _____ Me preocupa que mi hijo me odie en el futuro si lo coloco con alguien más
- _____ Estoy segura de que mi hijo entenderá mis razones por colocarlo con otras personas y el amor que siento por él
- _____ Me preocupa que mi hijo me odie en el futuro si lo mantengo conmigo y no puedo proporcionarle la mejor vida posible
- _____ Estoy segura de que mi hijo entenderá que la vida no siempre es un lecho de rosas
- _____ Mis creencias religiosas están impactando mi decisión
- _____ Sentiría una gran sensación de paz sabiendo que entregué a mi hijo a personas que no pueden tener hijos propios

Cualquier otra declaración que desee agregar:

Decisiones definitivas:

1. La decisión que más quiero tomar es la siguiente:

2. La decisión que creo que mi pareja más quiere que tome es la siguiente:

3. Después de reflexionar cuidadosamente sobre todos los temas planteados en este cuestionario, creo que la mejor decisión para mi hijo ahora y en el futuro es la siguiente:

4. ¿La mejor decisión para mi hijo es la misma que yo quiero? ¿Por qué sí o por qué no?

5. Mi decisión es la siguiente:

Colocación de un hijo en adopción

por, Lauren E, una madre biológica

Lo que puede ayudarle en el proceso de toma de decisiones:

- Hable con alguien que tenga conocimientos sobre el tema (hablar con amigos o familiares que no tengan una idea realista del proceso de adopción solo la hará cuestionar su decisión por las razones equivocadas).

- Rodéese de personas positivas que la apoyarán sin importar su decisión; es muy importante que independientemente de lo que elija hacer, las personas que la rodean siempre la respetarán a usted y su decisión.

- Piense en el compromiso requerido para criar a un hijo. ¿Está en condiciones de hacer ese tipo de compromiso ahora? ¿En cinco años? ¿En diez años? Considere los ambientes en el que usted vive o en el que interactúa con frecuencia. ¿Estos ambientes serían productivos y positivos para su bebé?

- Considere las relaciones actuales en su vida (romántica, platónica, familiar). ¿Estas relaciones actuales son saludables? Si no es así, ¿cree que estas relaciones cambiarán en un futuro cercano? Si es así, ¿cómo?

- Piense en las personas involucradas en su vida ahora mismo. ¿Cree que estas personas estarían dispuestas a ayudarla a criar a su hijo? ¿Hay más personas para ayudarla a cuidar a su bebé?

- Aunque hay muchas personas que pueden ayudarla, así como muchas maneras de tomar la decisión correcta para su bebé, debe saber que usted es la única persona que puede tomar la decisión de colocar a su hijo en adopción. Tome su decisión basándose en su propia evaluación de las circunstancias actuales de su vida. Comprenda que ya sea que elija o no colocar a su hijo en adopción, usted es una persona fuerte y valiente, incluso por considerar un acto tan desinteresado.

¿Qué puede ayudarla a hacer frente a sus sentimientos después de la adopción?

- Hable de sus sentimientos con alguien a quien ama y en quien confía.

- Puede sentirse arrepentida, avergonzada o culpable.

- También puede esperar sentir una tristeza extrema como la sentiría si alguien muy cercano a usted falleciera.

- Probablemente, también se sentirá cansada, irritable y enojada.

- Aunque puede estar en un entorno donde hay muchas personas, es muy probable que se sienta sola.

- Recuerde que incluso en las mejores circunstancias, el proceso de maternidad es uno lleno de emociones y sentimientos. Un buen número de las cosas que siente pueden ser atribuidas al hecho de que acaba de tener un bebé, y en realidad, podrían no estar relacionadas con la adopción en sí (aunque ese hecho siempre está presente).

- Sepa que está bien llorar y sentirse triste.
- Sepa que no está bien querer lastimarse u odiarse porque tomó la mejor decisión para usted y para su bebé.
- Piense en las muchas oportunidades que tendrá su hijo con los padres y con una familia que pueden brindarle todo lo que usted no pudo.
- Pruebe y haga cosas que le daban placer antes de la adopción, como cocinar, leer o cantar.
- Escriba sus sentimientos (en un diario, poema, canción, etc.) si no se siente cómoda compartiéndolos con alguien.
- Es muy fácil concentrarse en las cosas negativas que siente por colocar a su hijo en adopción, como no pasar días festivos con su hijo y otros momentos importantes en su vida. Intente pensar en las cosas positivas que le sucederán a usted como resultado de la adopción, como poder terminar la escuela o aceptar horas de trabajo y un puesto más alto en su trabajo. Sepa que querer estas cosas no es egoísta; más bien, es admirable que usted esté enfocada en lograr sus metas y en hacer que su hijo se sienta orgulloso de usted a largo plazo.
- Piense en la maravillosa familia con la que ha bendecido a su hijo. También considere todo el amor y apoyo que la familia le brindará por el resto de su vida.
- Establezca contacto con otras madres biológicas. No tenga miedo de abrirse a ellas, porque la necesitan a usted tanto como usted las necesita a ellas.
- Intente involucrarse en cosas que antes la hacían feliz, como el voluntariado.
- No se tome demasiado tiempo libre. Las mentes vagas pueden ser traicioneras; cuanto más tiempo desocupado tenga, más fácil le resultará abrumarse por la adopción.
- Evite situaciones y/o personas potencialmente estresantes o negativas, porque esto solo aumentará sus sentimientos de tristeza.
- Es normal cuestionar la validez de las razones para elegir la adopción, pero debe saber que tomó la decisión de colocar a su hijo en adopción por razones muy válidas.
- Si bien puede sentir que hay algunos estigmas relacionados con hablar con un consejero profesional, debe saber que es muy común entre todas las personas (incluso fuera del ámbito de la adopción). Puede ser útil hablar con alguien que es neutral y que puede ofrecer una perspectiva diferente. Si aún se siente incómoda para hacerlo, también puede ser muy útil comunicarse con otras madres biológicas o asistir a servicios de asesoría grupal, como un grupo de apoyo.
- Cuanto más mantenga reprimidas sus emociones dentro de sí misma, más tiempo las retendrá, y más difícil será lidiar con ellas; cuanto más pronto se abra emocionalmente, más fácil será volver a su vida anterior, y la clave es encontrar a alguien que la haga sentir cómoda para hacerlo.
- Mímese (esto podría significar un día en el spa, enviar a los niños con la abuela por una noche, o comprar unos bellos zapatos). No importa de qué manera se mime, debe saber que lo tiene más que merecido.

HOJA DE TRABAJO SOBRE CONCIENCIACIÓN DE AFLICCIÓN PARA PADRES BIOLÓGICOS

I. Pérdidas anteriores

1. ¿Puede pensar en situaciones en su vida en las que ha experimentado una pérdida? Los ejemplos pueden incluir el fallecimiento de alguien cercano a usted, o alguien que se aleja o “desaparece” de su vida; un divorcio, una enfermedad grave, o incluso la muerte de una mascota. Haga una lista de todas las pérdidas que pueda imaginar.
2. ¿Qué sentimientos tuvo en esos momentos? ¿Qué sentimientos ha tenido con respecto a esas pérdidas desde el momento en que realmente ocurrieron?
3. ¿Qué cosas ha hecho para ayudarlo a lidiar con esos sentimientos?
4. ¿Siente que ha superado estas pérdidas por completo, o todavía le resultan dolorosas?
5. Durante estas pérdidas, ¿alguna vez se ha sentido deprimido? ¿Cómo actúa cuando está deprimido? ¿Qué lo ayuda más durante los momentos de depresión?
6. ¿Cómo reaccionan otros miembros de su familia a las pérdidas sentimentales? ¿Sus reacciones son útiles para usted o dificultan las cosas para usted? ¿Su familia tiene algún ritual especial para lidiar con el dolor sentimental?

II. Adopción como pérdida

1. ¿Ha considerado que puede sentirse triste por no tener a su bebé con usted después de la colocación en adopción? Esto también es una pérdida en su vida. ¿Qué cree que le será más útil en sus momentos de tristeza?
2. Todos experimentamos diferentes pérdidas en nuestras vidas. ¿Qué ha aprendido de sus otras pérdidas sentimentales que pueden ayudarlo con esto?
3. ¿Qué podemos hacer yo, como su consejero, y la agencia para ayudarlo en este momento?
4. ¿Quién o qué otros recursos, además de la agencia, tiene usted de apoyo cuando siente las emociones asociadas con este plan de adopción?



Fundadora
Tara E. Gutterman, Esq.

Directora Ejecutiva
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social
Laura Hoffman, MSW, LCSW

Políticas y Procedimientos de Quejas de Adoption ARC

1. Los procedimientos para presentar quejas son los siguientes:
 - I. Si alguna persona tiene una queja sobre los servicios recibidos de Adoption ARC, incluyendo Adoption ARC Foster Care, dicha queja debe presentarse como una descripción por escrito del fundamento de la queja al Director Ejecutivo de Adoption ARC (a menos que el Director Ejecutivo sea el sujeto de la queja, donde tales quejas se deben presentar a la Junta Directiva.)
 - II. Adoption ARC investigará de inmediato los hechos de la queja y responderá a cada una de ellas por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de dicha queja, a menos que el reclamante solicite una consideración expedita y demuestre que la queja se relaciona con hechos urgentes o que involucra alegaciones de fraude.
 - III. En la medida en que Adoption ARC reciba una queja, Adoption ARC mantendrá un registro escrito de cada queja, y los pasos que se tomaron para investigar y responder a ella. La queja, así como todos los pasos tomados para remediar y/o abordar las alegaciones contenidas en la misma, estarán a disposición de la entidad certificadora de Adoption ARC.
 - IV. En la medida en que el reclamante no esté satisfecho con la respuesta a la queja, el reclamante puede solicitar una reconsideración por escrito al Presidente de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva evaluará y responderá dentro de los 30 días posteriores. Esta respuesta será una determinación definitiva.

- V. En la medida en que la queja implique un caso de adopción internacional que esté regido por La Haya, se aplicarán los siguientes procedimientos adicionales:
- a. Si la Junta Directiva no responde dentro de los 15 días posteriores, el reclamante puede presentar su queja al Registro de Quejas del Departamento de Estado de EE. UU. en formato electrónico.
 - b. La persona reclamante puede presentar una queja ante el Registro de Quejas de La Haya.
 - c. Antes de considerar el caso, la entidad de acreditación asignada para evaluar y resolver las quejas verificará que el reclamante ya haya intentado buscar una solución a través de los procedimientos internos de la Agencia.
2. Adoption ARC proporcionará lo siguiente a su entidad acreditadora de La Haya y al Secretario de Estado de forma semestral:
- I. Un resumen de todas las quejas recibidas; y
 - II. Una evaluación de cualquier patrón perceptible en las quejas recibidas contra la Agencia, junto con información sobre los cambios sistemáticos que se realizaron o que se planean incluir.
3. Adoption ARC usará los datos de la queja como parte de un programa de mejora de la calidad que incluye evaluar los datos de quejas, usar encuestas de satisfacción del cliente o comparar las prácticas y el desempeño de la Agencia con los datos que figuran en los informes anuales del Secretario al Congreso.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Fundadora
Tara E. Gutterman, Esq.

Directora Ejecutiva
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social
Laura Hoffman, MSW, LCSW

POLÍTICA DE ADOPTION ARC PARA RECLAMACIONES DE HOGARES DE ACOGIDA

PROCEDIMIENTO DE QUEJA/RECONOCIMIENTO DEL HOGAR DE ACOGIDA
Regla 137: Quejas/reconocimientos del hogar de acogida

Para cualquier queja sobre el hogar de acogida que sugiera peligro o riesgo potencial inmediatos para nuestros niños de Adoption ARC, Adoption ARC llevará a cabo una investigación inmediata;

- Se tomarán acciones inmediatas para proteger a cualquier niño que se encuentre en riesgo;
- Adoption ARC proporcionará informes escritos que incluyen hallazgos y recomendaciones;
- Adoption ARC se asegurará de que la Agencia felicite a nuestros hogares de acogida por su desempeño sobresaliente.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Fundadora
Tara E. Gutterman, Esq.

Directora Ejecutiva
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social
Laura Hoffman, MSW, LCSW

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE
PADRES BIOLÓGICOS

Usted recientemente recibió servicios de Adoption ARC, también conocido como Adoption Resource Center. En un esfuerzo por mejorar la calidad de nuestros servicios, su opinión es muy importante para nosotros. Por favor, responda las siguientes preguntas y regrese el formulario lo antes posible.

- 1) Ubicación de la oficina: _____
- 2) Demografía:
 - a. ¿Su edad? ___ Menor de 15 ___ 15-18 ___ 19-25 ___ 26-35 ___ mayor a 35
 - b. ¿Su sexo? ___ Femenino ___ Masculino
 - c. ¿Su origen étnico? ___ Afroamericano ___ Caucásico ___ Latino
___ Asiático ___ Racialmente mixto ___ Otro
 - d. ¿Estado civil? ___ Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Divorciado(a)
___ Viudo(a)
- 3) ¿Razón por la que acudió a nuestra oficina para solicitar servicios?

- 4) ¿Dónde escuchó sobre Adoption Resource Center (Adoption ARC)?
 - a. Hospital _____
 - b. Familiar/amigo _____
 - c. Otra agencia _____
 - d. Directorio telefónico/periódico _____
 - e. Otro _____ (especifique) _____

(continúa al reverso)



5) ¿Cuánto tiempo ha estado recibiendo servicios?

6) ¿Con qué frecuencia ha estado en contacto telefónico con nuestra agencia?

_____diariamente _____semanalmente _____quincenalmente _____mensualmente
_____menos de una vez por mes

7) ¿Con qué frecuencia ha estado en contacto personal con nuestra agencia?

_____diariamente _____semanalmente _____quincenalmente _____mensualmente
_____menos de una vez por mes

8) Lea cada una de las siguientes declaraciones y marque la respuesta apropiada.

SÍ NO No estoy seguro

1) El personal de la agencia fue amable.

2) Mi primera cita se concretó dentro de un período de tiempo razonable.

3) Creo que el personal de la agencia mantiene la confidencialidad de la información que he compartido.

4) Me han tratado con cuidado y preocupación.

5) Estoy satisfecho con la explicación de mis derechos, responsabilidades y opciones.

6) Me siento capacitado y con apoyo para desarrollar y facilitar el plan para mi bebé.

7) Recomendaría esta agencia a otras personas.

9) ¿Hay sugerencias adicionales para ayudar a mejorar los servicios en Adoption ARC?



Fundadora
Tara E. Gutterman, Esq.

Directora Ejecutiva
Merle Gutterman Parker, M.Ed., MS

Supervisora de Trabajo Social
Laura Hoffman, MSW, LCSW

**TRANSFERENCIA DE CUSTODIA LEGAL
A LA AGENCIA Y AUTORIZACIÓN
PARA ATENCIÓN MÉDICA**

ANTE ESTE TRIBUNAL:

1. El solicitante es una madre biológica nombrada_____.
2. Ella es_____ nacida el_____.
3. El solicitante es la madre de_____ nacido el_____.
4. El solicitante firma este documento para transferir la custodia legal de su hijo a Adoption ARC, Inc. 811 Church Rd, Suite 202, Cherry Hill, NJ 08002. Adoption Resource Center es una agencia de adopción con licencia en Pennsylvania, Delaware y Nueva Jersey.
5. El solicitante tiene la intención de firmar una entrega de custodia de Nueva Jersey como un medio para rescindir su patria potestad y permitir que Adoption Resource Center planifique la adopción del menor.
6. El solicitante afirma que_____ es el padre biológico.
7. El solicitante otorga su consentimiento a Adoption ARC, Inc. para proporcionar servicios médicos de rutina y de emergencia según sea necesario para el bebé hasta el momento en que la adopción se concrete ante el tribunal.

Fecha:_____ Solicitante:_____

Testigo:_____