|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  CHILDREN’S DIVISION  **EVALUACION DE DESARROLLO Y SALUD NIÑO/FAMILIA**  ANEXO A – INFORMACION DE PADRES | | | | | |
| Este formulario contiene información sensible y confidencial sobre el niño y su familia y se encuentra protegida por la “Ley de Responsabilidad de Seguro de Salud de Portabilidad.” **Ni la forma ni su contenido puede ser compartida por cualquier persona que no participe activamente en el cuidado y/o tratamiento del niño.** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Nombre del niño | | | | | | |
| **INFORMACION DE LA MADRE** | | | | | | |
| Nombre de la Madre: | | | | | | Fecha de Nacimiento: |
| Dirección: | | | | | | |
| Raza: | | Hispano:  Si  No | | Ascendencia de Nacionalidad: | | Religión: |
| Herencia Nativo Americano  Si  No | | Especifíque la Tribu | | Ocupación | | |
| Color de Ojos: | | | Pelo: (color/textura) | | Complexión: | |
| Altura: | | | Peso: | | Tipo de Cuerpo: | |
| DESCRIBIR PERSONALIDAD Y APARIENCIA: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| EDUCACION: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| REACCION DE LA MADRE AL EMBARAZO | | | | | | |
|  | | | | | | |
| CUIDADO MEDICO RECIBIDO DURANTE EL EMBARAZO | | | | | | |
|  | | | | | | |
| CUALQUIER FACTOR DE COMPLICACION (Salud, herencia, legal…etc.) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Hospital | | | | | Fecha de Parto: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **HISTORIA MARITAL DE LA MADRE** | |
| MATRIMONIOS (LISTE PRIMERO EL ACTUAL E INCLUYA FECHAS Y LUGARES DE MATRIMONIO) | |
| 1) |  |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| DIVORCIOS O MUERTE DEL CONYUGE (FECHAS) | |
| 1) |  |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| **FAMILIARES Y AMIGOS DE LA FAMILIA DEL NIÑO** | |

|  |
| --- |
| Para cada uno de los individuos listados en esta sección, adjunte attach una *Evaluación de Desarrollo y Salud del Niño/Familia – Información de Parentesco/Familiar (CW-103 Anexo B).* Indique en la sección del adjunto si la información no está disponible. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HERMANOS CARNALES DEL NIÑO (ENTRE LOS PADRES BIOLOGICOS DEL NIÑO) | | | | |
| NOMBRE | | FECHA DE NAC. | NOMBRE | FECHA DE NAC. |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| MEDIOS HERMANOS DEL NIÑO (HIJOS DE LA MADRE CON OTROS PADRES) | | | | |
| NOMBRE | | FECHA DE NAC. | NOMBRE | FECHA DE NAC. |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| ABUELOS MATERNOS | | | | |
| NOMBRE | DIRECCION | | | TELEFONO |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| OTROS PARIENTES (LISTE TODOS LOS TIOS, TIAS Y PRIMOS MATERNOS) | | | | |
| NOMBRE | DIRECCION | | | TELEFONO |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| ADULTOS SIN PARENTESCO CON UNA RELACION SIGNIFICATIVA CON EL NIÑO O LA FAMILIA | | | | |
| NOMBRE | DIRECCION | | | TELEFONO |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION DEL PADRE** | | | | | | | |
| Nombre del Padre | | | | | | | Fecha de Nacimiento |
| Dirección | | | | | | | |
| Raza | | Hispano  Si  No | | Ascendencia de Nacionalidad | | Religión | |
| Herencia Nativo Americano  Si  No | | Especifíque laTribu | | Ocupación | | | |
| Color de Ojos | | | Pelo (color/textura) | | Complexión | | |
| Altura | | | Peso | | Tipo de Cuerpo | | |
| DESCRIBIR PERSONALIDAD Y APARIENCIA | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| EDUCACION: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| REACCION DEL PADRE AL EMBARAZO | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **HISTORIA MARITAL DEL PADRE** | | | | | | | |
| MATRIMONIOS (LISTE PRIMERO EL ACTUAL E INCLUYA FECHAS Y LUGARES DE MATRIMONIO) | | | | | | | |
| 1) |  | | | | | | |
| 2) |  | | | | | | |
| 3) |  | | | | | | |
| 4) |  | | | | | | |
| DIVORCIOS O MUERTE DEL CONYUGE (FECHAS) | | | | | | | |
| 1) |  | | | | | | |
| 2) |  | | | | | | |
| 3) |  | | | | | | |
| 4) |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **FAMILIARES Y AMIGOS DE LA FAMILIA DEL NIÑO** |

|  |
| --- |
| Para cada uno de los individuos listados en esta sección, adjunte attach una *Evaluación de Desarrollo y Salud del Niño/Familia – Información de Parentesco/Familiar (CW-103 Anexo B).* Indique en la sección del adjunto si la información no está disponible. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDIOS HERMANOS DEL NIÑO (HIJOS DEL PADRE CON OTRAS MADRES) | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | FECHA DE NAC. | | NOMBRE | | | | FECHA DE NAC. |
|  | | |  | |  | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  |
| ABUELOS PATERNOS DEL NIÑO | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | DIRECCION | | | | | | | TELEFONO |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
| OTROS PARIENTES (LISTE TODOS LOS TIOS, TIAS Y PRIMOS PATERNOS) | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | DIRECCION | | | | | | | TELEFONO |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
| ADULTOS SIN PARENTESCO CON UNA RELACION SIGNIFICATIVA CON EL NIÑO O LA FAMILIA | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | DIRECCION | | | | | | | TELEFONO |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | |  |
| **ENFERMEDADES INFANTILES:** | | | | | | | | | |
|  |  | | | Madre | |  | Padre |  | |
| Asma |  | | |  | |  |  |  | |
| Varicela |  | | |  | |  |  |  | |
| Difteria |  | | |  | |  |  |  | |
| Rubeóla |  | | |  | |  |  |  | |
| Fiebre Reumática |  | | |  | |  |  |  | |
| Escarlatina |  | | |  | |  |  |  | |
| Tos ferina |  | | |  | |  |  |  | |
| Otros (especifique) |  | | |  | |  |  |  | |
|  |  | | |  | |  |  |  | |
| Otras Enfermedades: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTORIAL DE SALUD** | | | | | | | | |
|  | |  | Madre |  | Padre |  | Pariente Consanguíneo |  |
| Alergia (tipo) | |  |  |  |  |  |  |  |
| Epilepsia | |  |  |  |  |  |  |  |
| Diabétes | |  |  |  |  |  |  |  |
| Tuberculosis | |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad Venérea (tipo) | |  |  |  |  |  |  |  |
| Glandular Disturbance | |  |  |  |  |  |  |  |
| Ceguera | |  |  |  |  |  |  |  |
| Defectos de la Sangre (por ejemplo, anemia de la célula, RH y otros tipos de sangre, etc.) | | |  |  |  |  |  |  |
| Sordera | |  |  |  |  |  |  |  |
| Deficiencia Mental | |  |  |  |  |  |  |  |
| Enfermedad Mental | |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas del Corazón | |  |  |  |  |  |  |  |
| Cáncer | |  |  |  |  |  |  |  |
| Artrítis | |  |  |  |  |  |  |  |
| Alcoholismo | |  |  |  |  |  |  |  |
| Defectos Congénitos | |  |  |  |  |  |  |  |
| Neurológica (por ejemplo, Corea de Huntington, Esclerosis Múltiple, Esclerosis amiotrópica, etc.) | | |  |  |  |  |  |  |
| Muertes | |  |  |  |  |  |  |  |
| Uso de Medicinas (con o sin receta) | | |  |  |  |  |  |  |
| Otro |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Salud General: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Información Adjunta | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |