|  |  |
| --- | --- |
|  | MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICESCHILDREN’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 |
|       |