

ESTADO DE ILLINOIS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
Evaluación Médica de un Adulto en un Hogar Adoptivo o de Crianza Temporal

Nombre de la persona examinada: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿Por cuánto tiempo ha tratado a este paciente? _____

Este formulario ayudará al Departamento a determinar el bienestar físico y las capacidades de los adultos en hogares adoptivos o de crianza temporal que están o pueden estar cuidando niños. Sírvase completar el siguiente resumen de problemas y estados de salud, y los medicamentos utilizados que puedan afectar la capacidad del adulto de mantener un estado de alerta, resistencia y desempeño de las tareas y responsabilidades asociadas con la atención de hasta seis niños, comprendidos entre las edades de 0 a 18 años en este momento y en el futuro previsible (cinco a diez años).

I. HISTORIA

1. Marque cualquier problema de salud:

- | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mala Ambulación | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Debilidad/delicado | <input type="checkbox"/> Demencia | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Infartos/parálisis | |

Explique *todos* los malestares señalados:

2. ¿Algunos de estos malestares son de naturaleza progresiva? Sí No

Si responde sí, explique: _____

3. ¿Existe alguna enfermedad terminal que podría impedir con la habilidad de este individuo de cuidar por un niño los próximos ___ 5 años ___ 10 años ___ 15 años? Si responde "sí", favor de explicar si respuesta: _____

4. Medicamento(s): _____

¿Existe alguna limitación física como resultado de los medicamentos? Sí No

Si responde sí, explique: _____

4. Enfermedades/lesiones, operaciones u hospitalizaciones durante los últimos 5 años:

Enfermedades/lesiones	Operaciones	Hospitalizaciones	Fecha	Resultado

5. Hábitos relacionados con la salud

¿Existen antecedentes de uso de sustancias por parte de solicitante y qué grado de insuficiencia existe, si es que existe uno, debido al uso de dichas sustancias?

Alcohol _____ Drogas _____
Tabaco _____ Otros _____

6. Fecha _____ Resultado solamente de la prueba inicial de Tuberculina: _____

7. Fecha _____ Resultado de la radiografía de tórax (si es necesaria): _____

II. EXAMEN FÍSICO

Resumen de hallazgos físicos anormales que afectarían la capacidad para cuidar de un niño:

III. CAPACIDADES FÍSICAS

Según su opinión médica, sería su paciente físicamente capaz de:

1. Levantar a un niño: Menor de 6 meses Sí No De 6 meses a 3 años Sí No

2. Caminar / maniobrar 50-100 pies sin mayores dificultades: Sí No

3. Doblarse / agacharse, arrodillarse, estirarse: Sí No

4. ¿Necesita algún aparato de ayuda para caminar, doblarse/agacharse, arrodillarse o estirarse?
Sí No Si responde sí, ¿de qué tipo? _____

5. Existe algún problema médico que limite la capacidad física de esta persona para cuidar de un niño médicamente complejo lo cual puede incluir la capacidad de:

Levantarse de una cama o silla, etc. Sí No No lo sé
Alimentaciones frecuentes Sí No No lo sé
Succiones frecuentes Sí No No lo sé
Supervisión frecuente Sí No No lo sé
Medicación frecuente Sí No No lo sé
Nebulizaciones frecuentes Sí No No lo sé
Tratamientos frecuentes Sí No No lo sé

¿Son temporales algunos de estos problemas limitantes? Sí No

Si responde sí, cuáles problemas: _____

Para cada problema, ¿Por cuánto tiempo existirá(n) la(s) limitación(es)? _____

Yo certifico que este individuo no presenta síntomas de enfermedades contagiosas.

Sí No Si responde no, explique: _____

Yo certifico que el individuo no tiene limitaciones físicas ni cognitivas que no le permitan cumplir las funciones paternas.

Sí No Si responde no, explique: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de licencia profesional estatal: _____