



La presentación de este formulario es voluntaria. Sin embargo, le recomendamos que proporcione la mayor cantidad de información posible. Usted puede elegir hacer lo siguiente:

1. divulgar información que hará que sus padres biológicos u otros miembros de la familia lo identifiquen;
2. proporcionar solamente información no identificatoria; o
3. dar información identificatoria y no identificatoria.

En cada sección de este formulario se indica si la información es identificatoria o no identificatoria. Escriba a máquina o en letra de imprenta con tinta negra o azul. Si no sabe la respuesta a una pregunta o no está seguro de qué responder, déjela en blanco.

La **información identificatoria** incluirá nombres, apellidos e información de contacto.

La **información no identificatoria** no incluye nombres, apellidos ni información de contacto, pero sí incluye información médica, social y educativa, etc.

Marque la casilla que corresponda a continuación:

- Es la primera vez que proporcione información. Actualizo la información presentada anteriormente.

Indique su relación con el hijo para quien completa esta información:

- Adoptado de 18 años de edad o mayor Padre o madre adoptivo/a de un adoptado menor de 18 años de edad

I. INFORMACIÓN DEL ADOPTADO

NOMBRE ACTUAL DEL ADOPTADO (Apellido, nombre, segundo nombre)		NOMBRE DEL ADOPTADO COMO ESTÁ REGISTRADO EN EL CERTIFICADO ORIGINAL DE NACIMIENTO (apellido, nombre, segundo nombre)		
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
LUGAR DE NACIMIENTO	CONDADO	CIUDAD/MUNICIPIO	ESTADO	HOSPITAL (SI SE CONOCE)
LUGAR DONDE SE FINALIZÓ LA ADOPCIÓN (ciudad/condado, estado)		FECHA EN LA QUE SE FINALIZÓ LA ADOPCIÓN (MM/DD/AAAA)		
DIRECCIÓN ACTUAL (CALLE Y NÚMERO)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA

Puede elegir todas o una de las opciones listadas a continuación. Acepto divulgar información identificatoria a las personas indicadas a continuación:

- Mi padre o madre biológicos, siempre y cuando yo tenga 21 años de edad.
 El padre o madre de mi padre o madre biológicos si yo tengo 21 años de edad, como mínimo, si mi padre o madre biológico/a está incapacitado/a o ha fallecido.
 Superviviente de mi padre biológico, si soy mayor de 21 años.*

Mi hermano/a biológico/a si ambos tenemos 21 años de edad y:

- Mi hermano/a se quedó con mi padre o madre biológicos y tiene el consentimiento del padre o madre biológicos, a menos que estén incapacitados o hayan fallecido.
 Mi hermano/a y yo fuimos dados en adopción por la misma familia biológica.
 Mi hermano/a no fue dado en adopción por la misma familia biológica, pero no se quedó con el padre o madre biológicos.

Mis descendientes.

*Los supervivientes del padre biológico incluyen el cónyuge del padre biológico fallecido, padre, hermano, hijo (biológico, adoptivo e hijastro), nieto, tía, tío, hijos de tías y tíos si no hay otros familiares supervivientes y los hijos de los nietos si no hay otros familiares supervivientes.

Incluso si usted elige liberar la información a sus padres biológicos/superviviente de sus padres biológicos, puede especificar que desea o no desea contacto con ellos.

- Deseo tener contacto con un miembro de mi familia biológica. No deseo tener contacto con un miembro de mi familia biológica.

I understand that by my signature below, I am agreeing to the release of identifying information to the people checked above. I may change this consent at any time by updating this form or by submitting a Withdrawal of Authorization to Release Information Form.

FIRMA DE LA PERSONA ADOPTADA (SI TIENE POR LO MENOS 18 AÑOS DE EDAD) O DEL PADRE ADOPTIVO (PARA PERSONAS ADOPTADAS MENORES DE 18 AÑOS):	FECHA



INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

II. INFORMACIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA, SI SE CONOCE (IDENTIFICATORIA)

NOMBRE DE LA MADRE BIOLÓGICA (apellido, nombre, segundo nombre)		NOMBRES ANTERIORES (incluya apellido de soltera, apodos y alias. Apellido, nombre, segundo nombre)	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		(CÓDIGO DE ÁREA) TELÉFONO DURANTE EL DÍA	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN GENERAL DE LA MADRE BIOLÓGICA (NO IDENTIFICATORIA)

RAZA/GRUPO ÉTNICO (marque todas las casillas que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Indígena norteamericana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Afroamericana/negra	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Otro _____	Grupo étnico hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
ESTATURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO
			TIPO DE CABELLO <input type="checkbox"/> Rizado <input type="checkbox"/> Lacio
TEZ		LATERALIDAD	
<input type="checkbox"/> Clara	<input type="checkbox"/> Trigueña <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Oscura	<input type="checkbox"/> Diestra	<input type="checkbox"/> Zurda

III. INFORMACIÓN DEL PADRE BIOLÓGICO, SI SE CONOCE (IDENTIFICATORIA)

BIRTH FATHER'S NAME (Last, First Middle)		PREVIOUS NAMES (Include nicknames and aliases. Last, First, Middle)	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		(CÓDIGO DE ÁREA) TELÉFONO DURANTE EL DÍA	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN GENERAL DEL PADRE BIOLÓGICO (NO IDENTIFICATORIA)

RAZA/GRUPO ÉTNICO (marque todas las casillas que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Indígena norteamericana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Afroamericana/negra	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Otro _____	Grupo étnico hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
ESTATURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO
			TIPO DE CABELLO <input type="checkbox"/> Rizado <input type="checkbox"/> Lacio
TEZ		LATERALIDAD	
<input type="checkbox"/> Clara	<input type="checkbox"/> Trigueña <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Oscura	<input type="checkbox"/> Diestra	<input type="checkbox"/> Zurda

IV. INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE ADOPTIVOS (IDENTIFICATORIA)

NOMBRE DEL PADRE O MADRE ADOPTIVOS (apellido, nombre, segundo nombre)		NOMBRE Y APELLIDO DE SOLTERA (si corresponde)	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		(CÓDIGO DE ÁREA) TELÉFONO DURANTE EL DÍA	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE ADOPTIVOS (IDENTIFICATORIA)

NOMBRE DEL PADRE O MADRE ADOPTIVOS (apellido, nombre, segundo nombre)		NOMBRE Y APELLIDO DE SOLTERA (si corresponde)	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		(CÓDIGO DE ÁREA) TELÉFONO DURANTE EL DÍA	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL



V. INFORMACIÓN GENERAL DEL ADOPTADO (NO IDENTIFICATORIA)

NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO COMPLETADO		<input type="checkbox"/> Escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Universidad incompleta	<input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Título de posgrado
DIRÍA QUE TENGO:		<input type="checkbox"/> Ingresos bajos	<input type="checkbox"/> Ingresos medios	<input type="checkbox"/> Ingresos altos	
ESTADO CIVIL		<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a
HIJOS		<input type="checkbox"/> Núm. de varones _____		<input type="checkbox"/> Núm. de mujeres _____	
RAZA/GRUPO ÉTNICO (marque todas las casillas que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Indígena norteamericana/nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Afroamericana/negra	
<input type="checkbox"/> Blanca		<input type="checkbox"/> Otro _____		Grupo étnico hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
ESTATURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO	TIPO DE CABELLO	
				<input type="checkbox"/> Rizado <input type="checkbox"/> Lacio	
TEZ			LATERALIDAD		
<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Trigueña <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Oscura			<input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo		

VI. INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO DE LA ADOPTADA (NO IDENTIFICATORIA)

EDAD A LA QUE COMENZARON LOS PERÍODOS MENSTRUALES	SI CORRESPONDE, EDAD A LA QUE COMENZO LA MENOPAUSIA	NÚMERO DE EMBARAZOS
NÚMERO DE NACIMIENTOS VIVOS	NÚMERO DE ABORTOS ESPONTÁNEOS	NACIMIENTOS MÚLTIPLES
		<input type="checkbox"/> Mellizos <input type="checkbox"/> Trillizos <input type="checkbox"/> Otro: _____
HISTORIA DE PROBLEMAS DEL SISTEMA REPRODUCTOR		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (SI RESPONDIÓ SÍ, marque todo lo que corresponda abajo)		
<input type="checkbox"/> Períodos irregulares <input type="checkbox"/> Períodos dolorosos <input type="checkbox"/> Tumores fibroides (benignos) <input type="checkbox"/> Quistes ováricos (benignos)		
<input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Otro _____		
COMPLICACIONES DURANTE ESTE EMBARAZO		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (SI RESPONDIÓ SÍ, marque todo lo que corresponda abajo)		
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Toxemia <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Otra _____		
¿LESIONES DURANTE EL EMBARAZO?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (SI RESPONDIÓ SÍ, describa abajo)		
¿PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (SI RESPONDIÓ SÍ, mes del embarazo: _____)		
If YES, purpose of X-Ray:		
¿ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (SI RESPONDIÓ SÍ, lístelas a continuación)		
ENFERMEDAD	TRATAMIENTO	
¿DURACIÓN DEL EMBARAZO?	<input type="checkbox"/> Prematuro – Número de semanas de adelanto: _____ <input type="checkbox"/> A término <input type="checkbox"/> Postérmino – Número de semanas de retraso: _____	
¿USO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (SI RESPONDIÓ SÍ, número promedio de cigarrillos por día: _____)	
¿CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (SI RESPONDIÓ SÍ, número promedio de tragos/bebidas por semana: _____)	
LISTE LOS MEDICAMENTOS/DROGAS DE VENTA LIBRE, RECETADOS, LEGALES E ILEGALES TOMADOS DURANTE EL EMBARAZO		
DURACIÓN DEL PARTO	Horas: _____	TIPO DE PARTO
		<input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> De nalgas <input type="checkbox"/> Cesárea
¿COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (SI RESPONDIÓ SÍ, describa abajo)		



VII. HISTORIA CLÍNICA DEL ADOPTADO (NO IDENTIFICATORIA)

Esta sección es para que el adoptado o la familia adoptiva del adoptado/tutor legal completen la información médica sobre el adoptado. Marque todo lo que corresponda.

ALERGIAS

AMBIENTALES		A LOS ALIMENTOS		OTRA (ESPECIFIQUE):
A LAS PLANTAS		A LAS DROGAS/ MEDICAMENTOS O PRODUCTOS QUÍMICOS		
A LOS ANIMALES				

ENFERMEDADES DE LOS OÍDOS Y DE LOS OJOS

CATARATAS		HIPERMETROPÍA		OTRA (ESPECIFIQUE):
GLAUCOMA				
DALTONISMO		ASTIGMATISMO		
CEGUERA		Causa: <input type="checkbox"/> Hereditaria <input type="checkbox"/> No hereditaria	Tipo: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	
SORDERA		Causa: <input type="checkbox"/> Hereditaria <input type="checkbox"/> No hereditaria	Tipo: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	

ENFERMEDADES DE LA SANGRE, DEL CORAZÓN Y DE LA CIRCULACIÓN

INFARTO		PRESIÓN ARTERIAL ALTA		OTRA (ESPECIFIQUE):
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR		ANEMIA		
ENDURECIMIENTO DE LAS ARTERIAS		HEMOFILIA		
COÁGULOS DE SANGRE EN LAS PIERNAS (TROMBOSIS VENOSA)		ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES (DREPANOCITOSIS)		

ENFERMEDADES DEL CEREBRO Y DEL SISTEMA NERVIOSO

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER		ENFERMEDAD DE PARKINSON		OTRA (ESPECIFIQUE):
ESCLEROSIS MÚLTIPLE		CEFALEAS MIGRAÑOSAS		
EPILEPSIA Y OTROS ATAQUES O TRASTORNOS CONVULSIVOS		ENFERMEDAD DE HUNTINGTON		
PARÁLISIS CEREBRAL		SÍNDROME DE TOURETTE		

TRASTORNOS HORMONALES

DIABETES		OTRA (ESPECIFIQUE):		
TRASTORNOS TIROIDEOS		Especifique: <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Deficiencia de yodo		
TRASTORNO DE LA GLÁNDULA PITUITARIA		Especifique: <input type="checkbox"/> Producción excesiva de hormona <input type="checkbox"/> Producción reducida de hormona <input type="checkbox"/> Deficiencia de la hormona del crecimiento		



PROBLEMAS INTELECTUALES Y DEL DESARROLLO			
SÍNDROME DE DOWN		OTRO (ESPECIFIQUE):	
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO O AUTISMO			
RETRASO MENTAL		Causa: <input type="checkbox"/> Hereditario	<input type="checkbox"/> No hereditario
TRASTORNOS DEL HABLA/DE LA COMUNICACIÓN		Causa: <input type="checkbox"/> Daño cerebral	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Anormalidad estructural (boca)
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE		Especifique: <input type="checkbox"/> Dislexia (lectura)	<input type="checkbox"/> Disgrafía (escritura) <input type="checkbox"/> Daño cerebral mínimo
PROBLEMAS MENTALES Y DE LA CONDUCTA			
ESQUIZOFRENIA		TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, ADD)	OTRO (ESPECIFIQUE):
TRASTORNO DE LA ANSIEDAD		TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, ADHD)	
TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR		ABUSO DE DROGAS	
TRASTORNO BIPOLAR (TRASTORNO MANÍACO-DEPRESIVO)		TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	
ALCOHOLISMO		ANOREXIA NERVIOSA	
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO			
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y DEL TRACTO URINARIO			
ENFERMEDAD DE LOS RIÑONES		Causa: <input type="checkbox"/> Hereditario	<input type="checkbox"/> No hereditario
DISFUNCIÓN HEPÁTICA		Causa: <input type="checkbox"/> Hereditario	<input type="checkbox"/> No hereditario
TRASTORNO DE LA VESÍCULA BILIAR		Causa: <input type="checkbox"/> Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Tumor
ÚLCERAS		OTRA (ESPECIFIQUE):	
DIVERTICULITIS			
COLITIS ULCERATIVA/ ENFERMEDAD DE CROHN			
CANCER			
DE LA SANGRE (LEUCEMIA)		DE CEREBRO	OTRO (ESPECIFIQUE):
DE COLON		ENFERMEDAD DE HODGKIN	
DE PRÓSTATA		DE PÁNCREAS	
DE ÚTERO		DE HÍGADO	
DE MAMA		DE OVARIO	
DE PULMÓN		DE CUELLO UTERINO	
DE PIEL		DE ESTÓMAGO	
DE HUESO		DE GARGANTA	



ENFERMEDADES GENÉTICAS			
DISTROFIA MUSCULAR	<input type="checkbox"/>	SÍNDROME DE MARFAN	<input type="checkbox"/>
ESPINA BÍFIDA	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE TAY-SACHS	<input type="checkbox"/>
PIE EQUINOVARO O TORCIDO	<input type="checkbox"/>	LABIO LEPORINO	<input type="checkbox"/>
ENANISMO	<input type="checkbox"/>	PALADAR HENDIDO	<input type="checkbox"/>
FIBROSIS QUÍSTICA	<input type="checkbox"/>		
OTRO (ESPECIFIQUE):			
OTRAS ENFERMEDADES			
COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>	OBESIDAD	<input type="checkbox"/>
ARTRITIS	<input type="checkbox"/>		
ASMA	<input type="checkbox"/>	LUPUS	<input type="checkbox"/>
EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS Y MATERIALES TÓXICOS	<input type="checkbox"/>	Especifique:	

Certifico que la información anterior es exacta y completa a mi leal saber y entender y presentada como verdadera y correcta sujeta a las sanciones de ley (sección 9404 del Código de Delitos de Pennsylvania). Además, entiendo que es mi responsabilidad notificar al registro cualquier cambio en mi dirección o en la información presentada.

FIRMA		FECHA	
--------------	--	--------------	--