Se le requiere al Arizona Department of Child Safety (Departamento de Seguridad de Niños de Arizona) que proporcione toda la información no

 identificable acerca del menor a ser adoptado a los posibles padres adoptivos. Este formulario y sus anexos contienen toda la información no

 identificable conocida por el DCS a partir de la fecha de la colocación en el hogar adoptivo.

 CUANDO SUPRIMA DATOS DE ESTE FORMULARIO, DIBUJE UNA LÍNEA SOBRE EL DATO. NO TACHE NINGUNA INFORMACIÓN.

 SI ES NECESARIO, AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES.

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DEL MENOR** |
| NOMBRE DE PILA DEL MENOR       | FECHA DE NACIMIENTO      | LUGAR DE NACIMIENTO      | GRUPO ETNICO      |
| AFILIACION TRIBAL       | ELEGIBLE PARA INSCRIPCION**[ ]**  Si [ ]  No | TIPO DE SANGRE       |
| HORA DE NACIMIENTO       [ ]  a.m. [ ]  p.m. | EMBARAZO COMPLETO**[ ]**  Si [ ]  No | ESTATURA AL NACER      | PUNTUACION APGAR       | DÍAS EN EL HOSPITAL      |
| FUE NECESARIA LA RESUCITACION[ ]  Si [ ]  No  | COMPLICACIONES DEL PARTO *(incluya cualquier lesión al nacer del enor)*       | CIRCUNCIDADO  |
| [ ] Si *(FECHA:*      *)* [ ] No [ ] N/A  |
| ¿RECIBIÓ LA MADRE CUIDADO PRENATAL? | ¿TUVO LA MADRE ALGUNA CIRUGÍA O ENFERMEDAD DURANTE ESTE EMBARAZO? Si es así, escriba los detalles [ ] Si [ ]  No       |
| [ ]  Si [ ]  No |
| ESTUVO EL MENOR EXPUESTO A SUSTANCIAS AL NACER? [ ]  Si [ ]  No | ¿POR CUÁLES SUSTANCIAS DIO POSITIVO EL MENOR O LA MADRE?       |

|  |
| --- |
| **OBTENGA Y ADJUNTE LOS REGISTROS DE NACIMIENTO DEL HOSPITAL.** |

|  |
| --- |
| **RAZÓN POR LA CUAL EL MENOR ESTÁ BAJO CUIDADO** |
| *RAZÓN DE LA COLOCACIÓN BAJO CUIDADO FUERA DEL HOGAR (proporcione una explicación detallada de las circunstancias que causaron la(s) colocación(es) fuera del hogar y las razón(es) por la(s) cual(es) el menor no pudo regresar a su familia de origen. Incluya cualquier incidente de negligencia o abuso físico, sexual o emocional que pueda haber sufrido el menor.)* |
|       |

|  |
| --- |
| **INCIDENTES DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y TRAUMA AL MENOR MIENTRAS ESTABA BAJO EL CUIDADO DEL DEPARTAMENTO** |
| ABUSO, NEGLIGENCIA Y TRAUMA AL MENOR *(Proporcione un relato detallado de cualquier acto de negligencia o abuso físico o sexual que haya sufrido el menor mientras estaba bajo el cuidado del Departamento, y los resultados de estos actos. Incluya y describa incidentes de trauma accidental que haya sufrido el menor, y los resultados.)* |
|       |

|  |
| --- |
|  **ABUSO COMETIDO POR EL MENOR** |
| *ANTECEDENTES DE ABUSO COMETIDO POR EL MENOR (Proporcione un relato detallado de cualquier abuso físico o sexual cometido por el menor. Incluya toda la información acerca de las circunstancias, tal como alguna lesión a la víctima, y el resultado.)* |
|       |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES MÉDICOS/DEL DESARROLLO/DE LA SALUD MENTAL**  |
|  |

 ANTECEDENTES DE INMUNIZACIONES Y PRUEBAS (marque las casillas pertinentes y escriba las fechas)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO | FECHA | TIPO | FECHA | TIPO | FECHA | TIPO | FECHA  | TIPO | FECHA |
| [ ] DTaP |       | [ ] Varicella |       | [ ] Hep A |       | [ ] Hep B |       | [ ] RV |       |
| [ ] MMR |       | [ ] Hib |       | [ ] IPV |       | [ ] PVC |       | [ ] Complemento de tétanos |       |

ALERGIAS O AFECCIONES Y ENFERMEDADES (incluya cualquier afección, enfermedad o condición médica por la cual se ha tratado al menor)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

CONDICIONES Y TRATAMIENTO DEL DESARROLLO (incluya cualquier retraso de desarrollo o discapacidad por cual ha recibido servicios el

 menor)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL O CONDUCTUAL

(incluya cualquier condición de salud mental o conductual por cual se ha tratado al menor)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DE COLOCACIONES** |
| Fecha Mes/año | Tipo de colocación *(Por ejemplo un hogar adoptivo o un hogar sustituto)* | Razón de laterminación de la colocación |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| ANTECEDENTES ESCOLARES |
| Nombres y direcciones de las escuelas | Fechas de asistencia | Grado o clase | Dificultades encontradas |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

 DESEMPEÑO ACADÉMICO *(incluya cualquiera necesidad educativa especial tales como colocación en clases de educación especial, salas para recursos, terapia*

 *del habla*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

 EVALUACIONES EDUCATIVAS DE ESCUELAS *(proporcione fechas, nombres de los evaluadores y los resultados. Liste todos los anexos con los nombres de los*

 *documentos y las fechas)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN NO IDENTIFICADORA – MADRE** |
| FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE      | LUGAR DE NACIMIENTO *(Estado o país)*      |        |
| DESCRIPCIÓN FÍSICA DE LA MADRE |
| ESTATURA      | PESO      | COLOR DE OJOS      | COLOR DE PELO      | COMPLEXIÓN       | EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN      | [ ]  DIESTRA[ ]  ZURDA |
| RELACIÓN ENTRE LOS PADRES BIOLÓGICOS [ ]  Casados [ ]  Divorciados [ ]  Separados [ ]  Viven juntos [ ]  Viuda [ ]  Otra *(explique)*          |
| NÚMERO Y DURACIÓN DE LOS MATRIMONIOS      | ¿FUE ADOPTADO ALGUIEN EN LA FAMILIA DE LA MADRE *(p.ej., padre, hermano)?*      |
| ORIGEN ÉTNICO O RACIAL      | IDIOMA PRINCIPAL      |
| AFILIACIÓN TRIBAL      | ELEGIBLE PARA INSCRIPCIÓN  |
|  [ ]  Si [ ]  No |
| AFILIACIÓN RELIGIOSA      |
| NÚMERO DE AÑOS QUE ASISTIÓ A LA ESCUELA      | TÍTULOS RECIBIDOS      |

 ALERGIAS O AFECCIONES Y ENFERMEDADES (incluya cualquier afección, enfermedad o condición médica por la cual se ha tratado a la madre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |        |
|       |       |       |

 AFECCIONES Y ENFERMEDADES FAMILIARES (incluya cualquier afección, enfermedad o condición médica que sea hereditaria de la familia [abuelos, hermanos

 del menor, tías, tíos] de la madre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |

 DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL/PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA (incluya cualquier trastorno mental por el cual se ha tratado a la madre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |

 DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL/PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA DE LA FAMILIA (incluya cualquier trastorno mental por el cual se ha

 tratado a alguien de la familia de la madre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |
| ¿TIENE LA MADRE ANTECEDENTES DE ABUSO DE ALCOHOL?[ ]  Si [ ]  No |  ¿TIENE LA MADRE ANTECEDENTES DE ABUSO DE DROGAS?[ ]  Si [ ]  No |

 INDIQUE LOS MEDICAMENTOS, DROGAS Y ALCOHOL USADOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
|  **INFORMACIÓN NO IDENTIFICADORA – PADRE** |
| FECHA DE NACIMIENTO DE LA PADRE      | LUGAR DE NACIMIENTO *(Estado o país)*      |       |
| DESCRIPCIÓN FÍSICA DE LA PADRE |
| ESTATURA      | PESO      | COLOR DE OJOS      | COLOR DE PELO      | COMPLEXIÓN FÍSICA        | [ ]  DIESTRA[ ]  ZURDA |
| RELACIÓN ENTRE LOS PADRES BIOLÓGICOS [ ]  Casados [ ]  Divorciados [ ]  Separados [ ]  Viven juntos [ ]  Viuda [ ]  Otra *(explique)*          |
| NÚMERO Y DURACIÓN DE LOS MATRIMONIOS      | ¿FUE ADOPTADO ALGUIEN EN LA FAMILIA DE LA PADRE *(p.ej., padre, hermano)?*      |
| ORIGEN ÉTNICO O RACIAL      | IDIOMA PRINCIPAL      |
| AFILIACIÓN TRIBAL      | ELEGIBLE PARA INSCRIPCIÓN |
|  [ ]  Si [ ]  No |
| AFILIACIÓN RELIGIOSA      |
| NÚMERO DE AÑOS QUE ASISTIÓ A LA ESCUELA      | TÍTULOS RECIBIDOS      |

 ALERGIAS O AFECCIONES Y ENFERMEDADES (incluya cualquier afección, enfermedad o condición médica por la cual se ha tratado a la padre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |

 AFECCIONES Y ENFERMEDADES FAMILIARES (incluya cualquier afección, enfermedad o condición médica que sea hereditaria de la familia [abuelos, hermanos

 del menor, tías, tíos] de la padre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |

 DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL/PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA (incluya cualquier trastorno mental por el cual se ha tratado a la padre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |

 DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL/PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA DE LA FAMILIA (incluya cualquier trastorno mental por el cual se ha

 tratado a alguien de la familia de la padre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |
| ¿TIENE LA PADRE ANTECEDENTES DE ABUSO DE ALCOHOL?[ ]  Si [ ]  No |  ¿TIENE LA PADRE ANTECEDENTES DE ABUSO DE DROGAS?[ ]  Si [ ]  No |

 INDIQUE LOS MEDICAMENTOS, DROGAS Y ALCOHOL USADOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
|  **HERMANOS DEL MENOR** |
| Colocación actual: AH–Hogar adoptivo; FH–Hogar sustituto; PH–Hogar del padre/madre; RH–Hogar de un pariente; O–Otro; UNK – No se sabe |
|  | **HERMANO 1** | **HERMANO 2** | **HERMANO 3** | **HERMANO 4** | **HERMANO 5** |
| COLOCACIÓN ACTUAL |       |       |       |       |       |
| GÉNERO |       |       |       |       |       |
| FECHA DE NACIMIENTO |       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| AFECCIONES Y ENFERMEDADES ((incluya cualquier afección, enfermedad o condición médica por la cual se haya tratado a cualquier hermano) |
|       |       |       |
|       |       |       |
| DIAGNOSIS Y TTRATAMIENTO DE SALUD MENTAL/PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA ((incluya cualquier trastorno mental por el cual se haya tratado a cualquier hermano) |
|       |       |       |
|       |       |       |
| ¿Ha fallecido algún hermano? [ ]  Si [ ]  No  | En caso afirmativo, causa de mortalidad:       |
|   |
| Proporcione información significativa sobre la relación entre hermanos      |

|  |
| --- |
|  **RECONOCIMIENTO**  |
| INFORMACIÓN Y REGISTROS PROPORCIONADOS |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

 El (los) padre(s) adoptivo(s) reconoce(n) que el Department of Child Safety (Departamento de Seguridad de Niños, DCS) ha

 proporcionado información sobre los antecedentes del menor los cuales incluyen la razón por la cual el menor está bajo cuidado; el

 abuso, la negligencia y trauma mientras estaba bajo cuidado; las condiciones y el tratamiento de salud médica y mental del menor; las

 colocaciones y la educación.

 El (los) padre(s) adoptivo(s) reconoce(n) que el DCS ha proporcionado la oportunidad para consultar con profesionales médicos, de

 La salud mental o de la escuela quienes tienen familiaridad con las necesidades del menor.

 El (los) padre(s) adoptivo(s) reconoce(n) que puede existir información que el DCS no tiene, no puede obtener y por lo tanto no

 puede divulgar.

 El (los) padre(s) adoptivo(s) reconoce(n) que el DCS no puede predecir la personalidad, las condiciones médicas, las capacidades

 Intelectuales, la apariencia o las características heredadas futuras del menor adoptado.

 El (los) padre(s) adoptivo(s) reconoce(n) que el DCS ha proporcionado toda la información no identificable sobre los padres

 biológicos del menor que se conoce o está disponible al DCS.

 El (los) padre(s) adoptivo(s) reconoce(n) que la información proporcionada a ellos mediante el DCS puede estar incorrecta o

 incompleta debido a la manera en que, a pesar de los mejores esfuerzos del DCS, es obtenida.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO      | FECHA LLENADO      |
| EL FORMULARIO CSO-1067A-S RECIBIDO POR (firma del madre adoptivo)      | FECHA      |
| EL FORMULARIO CSO-1067A-S RECIBIDO POR (firma del padre adoptivo)      | FECHA      |
| EL FORMULARIO CSO-1067A-S PROPORCIONADO POR (firma del Especialista en Seguridad de Niños)      | FECHA      |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN SUPRIME O AGREGA INFORMACIÓN *(iniciales y la fecha del cambio)*      | FECHA DE REVISIÓN      |
| EL FORMULARIO CSO-1067A-S RECIBIDO POR (firma del padre adoptivo)      | FECHA      |
| EL FORMULARIO CSO-1067A-S REVISADO PROPORCIONADO POR (firma del Especialista en Seguridad de Niños)      | FECHA      |

 Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la

 Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra

 la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de

 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo,

 origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con

 una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que

 proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes.

 También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en

 una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un

 programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en

 otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita

 con traducciones relacionadas con los servicios del departamento está disponible a solicitud del cliente. • Available in English at your local office.