



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	☐ MASCULINO ☐ 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)			
☐ Indígena norteamericana/nativa de Alaska	☐ Asiática	☐ Afroamericana/negra	☐ Nativa de Hawái/de las Islas del Pacífico
☐ Blanca	☐ Otro _____	Grupo étnico hispano: ☐ Sí ☐ No	
ESTATURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO
			☐ Rizado ☐ Lacio
TEZ		LATERALIDAD	
☐ Clara	☐ Trigueña ☐ Media ☐ Oscura	☐ Diestra	☐ 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)			
☐ Indígena norteamericana/nativa de Alaska	☐ Asiática	☐ Afroamericana/negra	☐ Nativa de Hawái/de las Islas del Pacífico
☐ Blanca	☐ Otro _____	Grupo étnico hispano: ☐ Sí ☐ No	
ESTATURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO
			☐ Rizado ☐ Lacio
TEZ		LATERALIDAD	
☐ Clara	☐ Trigueña ☐ Media ☐ Oscura	☐ Diestra	☐ 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	☐ Escuela secundaria	☐ Universidad incompleta	☐ Universidad	☐ Título de posgrado
DIRÍA QUE TENGO:	☐ Ingresos bajos	☐ Ingresos medios	☐ Ingresos altos	
ESTADO CIVIL	☐ Soltero/a	☐ Casado/a	☐ Divorciado/a	☐ Viudo/a
HIJOS	☐ Núm. de varones _____		☐ Núm. de mujeres _____	
RAZA/GRUPO ÉTNICO (marque todas las casillas que correspondan)				
☐ Indígena norteamericana/nativa de Alaska		☐ Asiática	☐ Afroamericana/negra	☐ Nativa de Hawái/de las Islas del Pacífico
☐ Blanca		☐ Otro _____		Grupo étnico hispano: ☐ Sí ☐ No
ESTATURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO	TIPO DE CABELLO
				☐ Rizado ☐ Lacio
TEZ			LATERALIDAD	
☐ Clara ☐ Trigueña ☐ Media ☐ Oscura			☐ Diestro ☐ 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
		☐ Mellizos ☐ Trillizos ☐ Otro: _____
HISTORIA DE PROBLEMAS DEL SISTEMA REPRODUCTOR		
☐ Sí ☐ NO (SI RESPONDIÓ SÍ, marque todo lo que corresponda abajo)		
☐ Períodos irregulares ☐ Períodos dolorosos ☐ Tumores fibroides (benignos) ☐ Quistes ováricos (benignos) ☐ Endometriosis ☐ Otro _____		
COMPLICACIONES DURANTE ESTE EMBARAZO		
☐ Sí ☐ NO (SI RESPONDIÓ SÍ, marque todo lo que corresponda abajo)		
☐ Hemorragia ☐ Toxemia ☐ Infecciones del tracto urinario ☐ Diabetes gestacional ☐ Otra _____		
¿LESIONES DURANTE EL EMBARAZO?		
☐ Sí ☐ NO (SI RESPONDIÓ SÍ, describa abajo)		
¿PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO?		
☐ Sí ☐ NO (SI RESPONDIÓ SÍ, mes del embarazo: _____)		
If YES, purpose of X-Ray:		
¿ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO?		
☐ Sí ☐ NO (SI RESPONDIÓ SÍ, lístelas a continuación)		
ENFERMEDAD	TRATAMIENTO	
¿DURACIÓN DEL EMBARAZO?	☐ Prematuro – Número de semanas de adelanto: _____ ☐ A término ☐ Postérmino – Número de semanas de retraso: _____	
¿USO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO?	☐ Sí ☐ NO (SI RESPONDIÓ SÍ, número promedio de cigarrillos por día: _____)	
¿CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO?	☐ Sí ☐ 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
		☐ Espontáneo ☐ Fórceps ☐ De nalgas ☐ Cesárea
¿COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?		
☐ Sí ☐ 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: ☐ Hereditaria ☐ No hereditaria	Tipo: ☐ Parcial ☐ Total	
SORDERA		Causa: ☐ Hereditaria ☐ No hereditaria	Tipo: ☐ Parcial ☐ 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: ☐ Hipertiroidismo ☐ Hipotiroidismo ☐ Bocio ☐ Deficiencia de yodo			
TRASTORNO DE LA GLÁNDULA PITUITARIA		Especifique: ☐ Producción excesiva de hormona ☐ Producción reducida de hormona ☐ 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:	☐ Hereditario	☐ No hereditario
TRASTORNOS DEL HABLA/DE LA COMUNICACIÓN		Causa:	☐ Daño cerebral	☐ Retraso en el desarrollo ☐ Anormalidad estructural (boca)
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE		Especifique:	☐ Dislexia (lectura)	☐ Disgrafía (escritura) ☐ 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:	☐ Hereditario	☐ No hereditario
DISFUNCIÓN HEPÁTICA		Causa:	☐ Hereditario	☐ No hereditario
TRASTORNO DE LA VESÍCULA BILIAR		Causa:	☐ Cálculos biliares	☐ Infección ☐ 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		SÍNDROME DE MARFAN		OTRO (ESPECIFIQUE):
ESPINA BÍFIDA		ENFERMEDAD DE TAY-SACHS		
PIE EQUINOVARO O TORCIDO		LABIO LEPORINO		
ENANISMO		PALADAR HENDIDO		
FIBROSIS QUÍSTICA				
OTRAS ENFERMEDADES				
COLESTEROL ALTO		OBESIDAD		OTRO (ESPECIFIQUE):
ARTRITIS				
ASMA		LUPUS		
EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS Y MATERIALES TÓXICOS		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	
--------------	--	--------------	--