

## Cuestionario Sobre Antecedentes Familiares Médicos / Genéticos

### FAMILY HISTORY QUESTIONNAIRE MEDICAL / GENETIC

**Uso de este formulario:** Este formulario se usa para recabar antecedentes genéticos y médicos de la familia biológica de cualquier menor cuyo padre/madre biológico haya terminado los derechos de patria potestad de ese menor en Wisconsin. Completar este formulario cumple el requisito de s. 48.425(1)(am), Wis. Stats. Todo padre/madre biológico cuyo derecho de patria potestad se esté terminando en un tribunal de Wisconsin debe completar este formulario en el momento de la terminación de los procedimientos de patria potestad. Si un padre/madre biológico es adoptado, sólo se debe incluir la información de la familia biológica. Este formulario también se usa para que cualquier padre/madre biológico que ha terminado sus derechos de patria potestad actualice los antecedentes médicos / genéticos de un menor en Wisconsin en cualquier momento. Otra persona puede completar este formulario en nombre de un padre/madre biológico si éste no puede hacerlo. La información que identifique a los individuos personalmente es confidencial y sólo se usará para fines de identificación.

La información de este formulario pertenece a:  Madre biológica  Padre biológico

#### SECCIÓN I INFORMACIÓN SOBRE EL MADRE/PADRE BIOLÓGICO Y EL NIÑO COLOCADO EN ADOPCIÓN

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| Nombre - Menor (Apellido, nombre, segundo nombre)                    | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)                | Lugar de nacimiento (Ciudad, estado) |
| Nombre – Hospital  | Nombre – Médico que asistió en el alumbramiento |                                      |
| Nombre (Actual) – Madre biológica (Apellido, nombre, segundo nombre) | Nombre – de soltera (Apellido)                  | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)     |
| Dirección - Permanente (Calle, ciudad, estado, código postal)        | Teléfono  |                                      |
| Nombre – Padre biológico (Apellido, nombre, segundo nombre)          | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)                |                                      |
| Dirección - Permanente (Calle, ciudad, estado, código postal)        | Teléfono  |                                      |

Sí  No ¿Los padres biológicos están emparentados entre sí de cualquier forma o tienen lazos sanguíneos?  
Si es "Sí", especifique la relación:

#### SECCIÓN II PROVEEDOR DE INFORMACIÓN SI NO LO COMPLETA EL PADRE/MADRE BIOLÓGICO

|   |   |          |
|---|---|----------|
| Nombre – Persona que proporciona la información en nombre del padre/madre biológico | Dirección - Actual (Calle, ciudad, estado, código postal) |          |
| Teléfono  | Relación con el niño                                      |          |
| Nombre – Empleado de la agencia que revisa el cuestionario                          | Nombre – Agencia  | Teléfono |

**SECCIÓN III DESCRIBIR AL PADRE/MADRE BIOLÓGICO Y A SUS PADRES**

|   | <b>Padres biológicos</b>  | <b>Su madre</b>   | <b>Su padre</b>   |
|---|---|---|---|
| Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)   |   |   |   |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)  |   |   |   |
| Altura y peso   |   |   |   |
| Antecedentes étnicos/nacionalidad   |   |   |   |
|   | <b>Padres biológicos</b>  | <b>Su madre</b>   | <b>Su padre</b>   |
| Grupo racial (Marque uno)   | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Negro (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indígena americano<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inscripto<br>Nombre de la tribu:<br>_____<br><input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Negro (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indígena americano<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inscripto<br>Nombre de la tribu:<br>_____<br><input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Negro (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indígena americano<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inscripto<br>Nombre de la tribu:<br>_____<br><input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Ocupación   |   |   |   |
| Educación finalizada. Indicar el grado más elevado o si asistió a clases de educación especial. |   |   |   |
| Si falleció, edad al morir y causa de la muerte, si se conoce.                                  |   |   |   |
| ¿Es descendiente de judíos asquenazi?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |
| ¿ES ADOPTADO?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |

**SECCIÓN IV DESCRIBA A LOS HERMANOS Y HERMANAS DE LOS PADRES BIOLÓGICOS**

Si necesita más espacio, adjunte más hojas.

| Nombre - Actual<br>(Apellido, nombre, segundo nombre) | de soltera | Relación   | Género   | Fecha de nacimiento | Altura | Peso | Hijos de los hermanos/hermanas     | Si falleció, causa y edad de la muerte, si se conocen |
|---|------------|--|--|---------------------|--------|------|------------------------------------|---|
| 1.  |            | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      | No. de varones:<br>No. de mujeres: |   |
| 2.  |            | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      | No. de varones:<br>No. de mujeres: |   |
| 3.  |            | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      | No. de varones:<br>No. de mujeres: |   |
| 4.  |            | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      | No. de varones:<br>No. de mujeres: |   |
| 5.  |            | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      | No. de varones:<br>No. de mujeres: |   |
| 6.  |            | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      | No. de varones:<br>No. de mujeres: |   |

**SECCIÓN V DESCRIBIR LOS ABUELOS DE LOS PADRES BIOLÓGICOS**

| Categoría   | Abuela materna   | Abuelo materno   | Abuela paterna   | Abuelo paterno   |
|---|--|--|--|--|
| Nombre – Actual<br>(apellido, nombre, segundo nombre) |  |  |  |  |
| Altura y peso   |  |  |  |  |
| Antecedentes étnicos/nacionalidad                     |  |  |  |  |
| Grupo racial<br>(Marque uno)                          | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Negro (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indígena americano<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Inscripto?<br>Nombre de la tribu: _____<br><input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Negro (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indígena americano<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Inscripto?<br>Nombre de la tribu: _____<br><input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Negro (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indígena americano<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Inscripto?<br>Nombre de la tribu: _____<br><input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Negro (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indígena americano<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Inscripto?<br>Nombre de la tribu: _____<br><input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Educación finalizada. Indicar el grado más elevado o si asistió a clases de educación especial. |  |  |  |  |
| Si falleció, edad al morir y causa de la muerte, si se conoce.                                  |  |  |  |  |

### SECCIÓN VI DESCRIBIR LOS OTROS HIJOS DE LOS PADRES BIOLÓGICOS

Enumerar en orden de nacimiento. Incluya pérdidas de embarazo, mortinatos y abortos espontáneos. Si falleció, edad al morir y causa de la muerte, si se conoce. Si necesita más espacio, adjunte más hojas.

| Nombre<br>(Apellido, nombre, segundo nombre) | Relación con Menor colocado en adopción  | Género   | Fecha de nacimiento | Altura | Peso | Problemas de salud / médicos | Si falleció, causa y edad de la muerte, si se conocen |
|--|--|--|---------------------|--------|------|------------------------------|---|
| 1.   | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      |                              |   |
| 2.   | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      |                              |   |
| 3.   | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      |                              |   |
| 4.   | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      |                              |   |
| 5.   | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      |                              |   |
| 6.   | <input type="checkbox"/> Directo<br><input type="checkbox"/> Medio<br><input type="checkbox"/> Hermanastro/a | <input type="checkbox"/> Varón<br><input type="checkbox"/> Mujer |                     |        |      |                              |   |

### SECCIÓN VII ANTECEDENTES MÉDICOS / GENÉTICOS

Indique marcando "Sí" o "No" si este menor o cualquier pariente consanguíneo tuvo alguna vez o tiene las condiciones médicas enumeradas. Complete la sección de "Comentarios", indicando la edad cuando comenzó la condición y diagnóstico y tratamiento específico; indique si "SE DESCONOCE". Indique todos los parientes en función de su relación con los padres biológicos según se indica en la siguiente sección con códigos.

| <u>CÓDIGO</u> | <u>FAMILIA INMEDIATA</u>           | <u>CÓDIGO</u> | <u>PARIENTES MUJERES</u>                                   | <u>CÓDIGO</u> | <u>PARIENTES VARONES</u>                                   |
|---------------|------------------------------------|---------------|--|---------------|--|
| BP            | Padres biológicos                  | M             | Madre de padres biológicos (abuela del menor)              | F             | Padre de padres biológicos (abuelo del menor)              |
| OC            | Otro hijo de los padres biológicos | S             | Hermana de padres biológicos (tía del menor)               | B             | Hermano de padres biológicos (tío del menor)               |
|               |                                    | NE            | Sobrina de padres biológicos (primo del menor)             | NEP           | Sobrino de padres biológicos (primo del menor)             |
|               |                                    | MGM           | Abuela materna de padres biológicos (la madre de su madre) | MGF           | Abuelo materno de padres biológicos (el padre de su madre) |
|               |                                    | PGM           | Abuela paterna de padres biológicos (la madre de su padre) | PGF           | Abuelo paterno de padres biológicos (el padre de su padre) |
|               |                                    | OF            | Otro pariente mujer (especificar en los comentarios)       | OM            | Otro pariente varón (especificar en los comentarios)       |

| Condición médica   | No                       | No Sé                    | Si es "Sí", ¿quién?<br>(Ver los códigos en la<br>página 4) | Comentarios; por ejemplo, edad cuando comenzó, diagnóstico específico y<br>tratamiento.<br>Si necesita más espacio, adjunte más hojas. |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 1. Anteojos (de cerca / de lejos, bizco, astigmatismo, etc.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 2. Ceguera u otros problemas visuales; ej, glaucoma, cataratas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 3. Enfermedad de Tay-Sachs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 4. Sordera, discapacidades de la audición  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 5. Problemas del habla   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 6. Problemas dentales; ej., dientes faltantes o sobrantes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 7. Labio leporino  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 8. Paladar hendido   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 9. Discapacidad de aprendizaje, dislexia u otra discapacidad   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 10. Retraso mental   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 11. Educación especial   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 12. Trastorno del Déficit de Atención (ADD, por sus siglas en inglés), Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 13. Síndrome de Down   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 14. Otro trastorno cromosómico   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 15. Enfermedad mental; ej., trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 16. Suicidio   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 17. Problemas emocionales  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 18. Autismo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 19. Dolores de cabeza frecuentes; ej, tensión, migraña   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 20. Hidrocéfalo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 21. Microcéfalo (cabeza pequeña)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 22. Áreas de pelo de diferente color (pigmento)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 23. Áreas de piel de diferente color; ej, pigmento u manchas blancas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 24. Marcas de nacimiento; ej, configuración, tamaño o cantidad inusual   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |

| Condición médica   | No                       | No Sé                    | Si es "Sí", ¿quién?<br>(Ver los códigos en la<br>página 4) | Comentarios; por ejemplo, edad cuando comenzó, diagnóstico específico y<br>tratamiento.<br><br>Si necesita más espacio, adjunte más hojas. |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 25. Eczema, acné y otros problemas cutáneos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 26. Problemas de hemorragia o hemofilia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 27. Anemia falciforme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 28. Hipertensión o presión arterial alta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 29. Colesterol elevado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 30. Derrame cerebral   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 31. Ataque cardíaco (coronario)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 32. Defecto cardíaco congénito   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 33. Espina bífida (espina abierta)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 34. Anencefalia (cerebro subdesarrollado)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 35. Escoliosis (curvatura espinal)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 36. Deformidad o fragilidad ósea   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 37. Artritis reumatoide  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 38. Osteoartritis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 39. Distrofia muscular   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 40. Debilidad muscular   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 41. Trastorno metabólico (no puede comer ciertos alimentos)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 42. Hernia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 43. Cáncer (tipo, lugar, edad a la que se diagnosticó)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 44. Fibrosis quística  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 45. Enfermedad de Huntington   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 46. Esclerosis múltiple  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 47. Parálisis cerebral   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 48. Trastorno neuromuscular; ej, miastenia grave, enfermedad de Lou Gehrig (ALS, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 49. Enfermedad de Alzheimer u otra demencia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 50. Enfermedad de Parkinson  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |

| <b>Condición médica</b>   | <b>No</b>                | <b>No Sé</b>             | <b>Si es "Sí", ¿quién?<br/>(Ver los códigos en la<br/>página 4)</b> | <b>Comentarios; por ejemplo, edad cuando comenzó, diagnóstico específico y<br/>tratamiento.<br/>Si necesita más espacio, adjunte más hojas.</b> |
|---|--------------------------|--------------------------|---|---|
| 51. Ataque epiléptico, convulsiones, epilepsia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 52. Diabetes (indicar si Tipo I, Tipo II)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 53. Trastorno de la tiroides  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 54. Otro trastorno hormonal   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 55. Enanismo o baja estatura  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 56. Tuberculosis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 57. Problemas respiratorios   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 58. Asma o fiebre del heno  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 59. Alergias – comida (especificar)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 60. Alergias – medicina (especificar)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 61. Problemas renales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 62. Dependencia química – alcoholismo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 63. Dependencia química – otras drogas (especificar)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 64. Problemas de peso; ej, obesidad o anorexia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 65. Problemas estomacales o úlceras   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 66. Anormalidades en las manos; ej, extra / faltante / sindactilia                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 67. Anormalidades en los pies; ej, extra / faltante / sindactilia                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 68. Pie zambo/deforme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 69. Abortos espontáneos – Si es "Sí", identificar por cantidad y causa, si se conocen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 70. Mortinatos – Si es "Sí", identificar por cantidad y causa, si se conocen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 71. Nacimientos múltiples – Indicar si fueron idénticos o no idénticos                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 72. Infertilidad – No puede tener hijos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 73. Portador de hepatitis B   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |

| Condición médica   | No                       | No Sé                    | Si es "Sí", ¿quién?<br>(Ver los códigos en la página 4) | Comentarios; por ejemplo, edad cuando comenzó, diagnóstico específico y tratamiento.<br>Si necesita más espacio, adjunte más hojas. |
|--|--------------------------|--------------------------|---|---|
| 74. Otros problemas de salud, condiciones o diagnóstico conocido que no se haya mencionado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 75. VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 76. SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |

**SECCIÓN VIII ESTUDIOS GENÉTICOS**

Sí  No Todo estudio genético conocido realizado a familiares. De ser Sí, indique quién y describa los resultados:

**SECCIÓN IX AUTORIZACIÓN**

Autorizo a la agencia que asiste en la preparación de este documento a que divulgue la información médica / genética que aquí figura al Circuit Court y a Wisconsin Department of Children and Families para que sea usado en la preparación y mantenimiento de los antecedentes médicos / genéticos exigidos por la ley de mi hijo biológico designado en la Sección I.

También autorizo que la información médica / genética proporcionada en el presente esté disponible para mi hijo biológico, para cualquier tutor futuro de mi hijo biológico y futuro cuidador o proveedor médico de mi hijo biológico según la ley lo permita. Esta autorización incluye información sobre VIH, SIDA, ARC, enfermedad mental, discapacidades de desarrollo y abuso de alcohol y drogas.

\_\_\_\_\_  
FIRMA – Padre/Madre Biológico o Proveedor de Información

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

NOTA: De acuerdo con Wisconsin Statutes, s. 48.425 (1)(am), la siguiente información debería acompañar este formulario, en el momento de la terminación de los derechos de patria potestad, de estar disponible:

1. Un informe de cualquier examen médico que cualquiera de los padres de nacimiento tenga dentro del año anterior a la fecha de la petición.
2. Un informe que describa el cuidado prenatal y la condición médica del niño al nacer.
3. Los antecedentes médicos / genéticos y cualquier otra información médica / genética pertinente.