

MINISTERIO DE INCLUSIÓN  
ECONÓMICA Y SOCIAL



**ANP01-R7-UTAZ\_-00\_  
UNIDAD TÉCNICA DE ADOPCIONES ZONA \_\_\_\_  
INFORME MÉDICO ACTUALIZADO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE - PERSONA**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE - PERSONA**

<b>Nombre del niño, niña o adolescente - persona:</b>	
<b>Lugar y fecha de nacimiento:</b>	
<b>Edad : (años, meses)</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Etnia:</b>	
<b>Nacionalidad:</b>	
<b>Nombre de la institución actual:</b>	
<b>Fecha de ingreso a la entidad de atención:</b>	
Peso al nacimiento: kg.	Peso al momento de la admisión: kg.
Talla al nacimiento: cm.	Talla al momento de la admisión: cm.
PC al nacimiento: cm.	PC al momento de la admisión: cm.
Color de cabello:	Color de ojos:                      Color de piel:
¿El embarazo y el nacimiento fueron normales?	Sí      No      No se sabe
<b>Lugar de procedencia:</b>	
¿Dónde ha permanecido la niña, niño o adolescente - persona?	Con su madre:                      del _____ al _____
	Con parientes:                      del _____ al _____
	Bajo cuidado privado:                      del _____ al _____
	En una institución u hospital: del _____ al _____

<b>Médico tratante: (de preferencia médico pediatra)</b>	
<b>Fecha del informe:</b>	

**2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA.**

Nombre de la madre:	
Fecha y año de nacimiento de la madre:	
Nombre del padre:	
Fecha y año de nacimiento del padre:	

**3. MOTIVO DE CONSULTA:** Informe médico para niñas, niños y adolescentes - personas que requieren adopción - elaboración de expediente administrativo de adopción.

**4. ANTECEDENTES:**

**Antecedentes perinatales y natales:** (que número de embarazo fue, edad de la madre, controles prenatales, tomó vitaminas, consumo de alcohol o drogas, tomó medicamentos, parto vaginal, cesárea, fórceps, edad gestacional al nacer, peso al nacer, talla, PC, patología del RN, lactancia, etc. Indagar si fue una hija/o deseado, planificado, no deseado, otros)

**Antecedentes patológicos personales** médico quirúrgicos: (enfermedades que ha tenido, enfermedades infecciosas, alergias, fracturas, caídas, enfermedades crónicas, convulsiones/epilepsia, tuberculosis, cirugías indique la edad, el diagnóstico, complicaciones, alergia a algún medicamento específico; enfermedades infantiles comunes: tosferina, sarampión, varicela, rubeola, paperas; exposición a enfermedades contagiosas; hospitalizaciones explicar motivos, fechas, diagnósticos y tratamientos, si se conoce)

**Antecedentes patológicos familiares:** (madre, padre, hermanos, abuelos investigar: diabetes, cardiovasculares, asma, trastornos mentales, alergias, adicciones, infectocontagiosas, malformaciones genéticas, cáncer, convulsiones/epilepsia).

**5. ESTADO DE SALUD AL INGRESO A LA CASA DE ACOGIDA O DESDE QUE SE CONOCE A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE - PERSONA:** (estado de salud al ingresar, enfermedades existentes, existencia de huellas físicas de maltrato: moretones, cicatrices, etc., si es posible proporciones una descripción del desarrollo mental, comportamiento y habilidades.)

**6. VACUNAS:**

¿La niña, niño o adolescente - persona ha sido vacunado contra alguna de las siguientes enfermedades?:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se sabe \_\_\_\_\_

¿Cuenta con carné de vacunas?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se sabe \_\_\_\_\_

En caso de respuesta afirmativa:

NOMBRE DE LA VACUNA	DOSIS	FECHA
Tuberculosis (B.C.G.)		
Difteria		
Tétanos		



Auscultación cardiaca	
Auscultación pulmonar	
Glándulas linfáticas (adenitis)	
Abdomen (hernia, hígado, bazo)	
Columna (cifosis, escoliosis)	
Genitales ( <i>hypospadi</i> a, testículos, retención)	
Extremidades ( <i>pes equinus</i> , piernas torcidas hacia adentro ( <i>valgus</i> ), piernas torcidas hacia fuera ( <i>varus</i> ), <i>pes calcaneovarus</i> , inflexión de la cadera, espasticidad, parálisis)	
Piel y faneras (eczema, infecciones, parásitos)	
Sistema digestivo: (diarrea, estreñimiento)	
Reflejos	
Tono muscular	
Marcha	
¿Existe alguna enfermedad mental o retraso del niño?	
¿Otras enfermedades?	
¿Existe en el niño algún síntoma de sífilis? Resultado de la prueba de reacción de sífilis realizada:	<p>____ / ____ / _____</p> <p>Día      mes      año</p> <p>Positivo                  Negativo          No realizado</p>
¿Algún síntoma de tuberculosis? Resultado del examen de tuberculina realizado:	<p>____ / ____ / _____</p> <p>Día      mes      año</p> <p>Positivo                  Negativo          No realizado</p>

¿Algún síntoma de Hepatitis A?	____ / ____ / ____ Día      mes      año
Resultado del examen de hepatitis A realizado:	Positivo                  Negativo                  No realizado
¿Algún síntoma de Hepatitis B?	____ / ____ / ____ Día      mes      año
Resultado del examen de HBsAg:	Positivo                  Negativo                  No realizado
Resultado del examen anti-HBs:	____ / ____ / ____ Día      mes      año
Resultado del examen de HBeAg:	Positivo                  Negativo                  No realizado
Resultado del examen anti-HBe:	____ / ____ / ____ Día      mes      año
¿Algún síntoma de SIDA?	____ / ____ / ____ Día      mes      año
Resultado del examen VIH realizado	Positivo                  Negativo                  No realizado
¿Síntomas de otra enfermedad contagiosa?	
¿Algún comentario adicional?	

**10. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS:**

- a. Biometría Hemática
- b. Tipificación sanguínea
- c. Química sanguínea
- d. EMO
- e. Coproparasitario
- f. Orina (azúcar, Albúmina, Acetona)
- g. Screening auditivo y visual
- h. Otros: **(los requeridos según los antecedentes patológicos personales y familiares)**

**11. DIAGNÓSTICO ACTUAL:**

---

---

---

---

**12. PRONÓSTICO Y TRATAMIENTOS:**

---

---

---

---

**13. CONCLUSIONES:**

(Proporcione una descripción del desarrollo mental, comportamiento y cualidades del niño. La misma será de gran importancia para el asesoramiento de los futuros padres adoptivos).

**14. RECOMENDACIONES:**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**Firma y sello del Médico**

**C.C.:**

**No. de registro médico:**