

FORMULARIO MODELO INFORME MEDICO DEL NIÑO

Para los Estados contratantes en el ámbito del Convenio de La Haya sobre Adopción Internacional

Este informe deberá ser completado por un médico debidamente autorizado.

Por favor responda a todas las preguntas.

Si la información en cuestión no se encuentra disponible, por favor escriba "desconocido".

| | |
|--|-----------------------|
| Nombre del niño: | |
| Fecha y año de nacimiento: | |
| Sexo: | |
| Lugar de nacimiento: | |
| Nacionalidad: | |
| Nombre de la madre: | |
| Fecha y año de nacimiento de la madre: | |
| Nombre del padre: | |
| Fecha y año de nacimiento del padre: | |
| Nombre de la institución actual: | alojado desde: |
| Peso al nacimiento: kg. | A la admisión: kg. |
| Altura al nacimiento: cm. | A la admisión: cm. |
| ¿El embarazo y el nacimiento fueron normales? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe | |
| ¿Dónde ha permanecido el niño? | |
| <input type="checkbox"/> con su madre del al <input type="checkbox"/> con parientes del al <input type="checkbox"/> bajo cuidado privado del al <input type="checkbox"/> en una institución u hospital del al | |
| (por favor mencione aquí el nombre de la institución o instituciones interesadas) | |

| | |
|---|--|
| <p>¿El niño ha tenido enfermedades en el pasado? (De ser así, por favor indique la edad del niño en el momento de cada enfermedad, así como eventuales complicaciones)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>En caso de respuesta afirmativa:</p> <p>¿Enfermedades infantiles comunes (tos ferina, sarampión, varicela, rubéola, paperas)?</p> <p>¿Tuberculosis?</p> <p>¿Convulsiones (incluidas convulsiones febriles)?</p> <p>¿Alguna otra enfermedad?</p> <p>¿Exposición a enfermedades contagiosas?</p> | |
| <p>¿El niño ha sido vacunado contra alguna de las siguientes enfermedades?:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>En caso de respuesta afirmativa:</p> <p>¿Tuberculosis (B.C.G.)? Fecha de la inyección:</p> <p>¿Difteria? Fecha de la inyección:</p> <p>¿Tétanos? Fecha de la inyección:</p> <p>¿Tos ferina? Fecha de la inyección:</p> <p>¿Poliomielitis? Fecha de la inyección: Fecha de las vacunas orales:</p> <p>¿Hepatitis A? Fecha de la inyección:</p> <p>¿Hepatitis B? Fecha de la inyección:</p> <p>¿Otras inmunizaciones? Fecha de la inyección:</p> | |
| <p>¿El niño ha sido hospitalizado?:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p>En caso de que haya estado hospitalizado, señale la edad del niño, el diagnóstico y tratamiento:</p> | |
| <p>Si es posible proporcione una descripción del desarrollo mental, comportamiento y habilidades del niño.</p> | |
| <p>Visual</p> <p><input type="checkbox"/> desconocido</p> | <p>¿Cuándo fue capaz el niño de mantener la vista fija (en un objeto por ejemplo)?</p> |
| <p>Auditiva</p> <p><input type="checkbox"/> desconocido</p> | <p>¿Cuándo fue capaz el niño de girar la cabeza al escuchar un sonido?</p> |

Anexo 7-8

| | |
|--|--|
| <p>Motriz</p> <p><input type="checkbox"/> desconocido</p> | <p>¿Cuándo fue capaz el niño de sentarse solo?</p> <p>¿Estar de pie con ayuda?</p> <p>¿Caminar sin ayuda?</p> |
| <p>Lenguaje</p> <p><input type="checkbox"/> desconocido</p> | <p>¿Cuándo empezó el niño a balbucear?</p> <p>¿Decir palabras solas?</p> <p>¿Decir frases?</p> |
| <p>Contacto</p> <p><input type="checkbox"/> desconocido</p> | <p>¿Cuándo empezó el niño a sonreír?</p> <p>¿Cómo reacciona ante los extraños?</p> <p>¿Cómo se comunica con los adultos y demás niños?</p> |
| <p>Emotivo</p> <p><input type="checkbox"/> desconocido</p> | <p>¿Cómo muestra sus emociones (ira, intranquilidad, decepción, alegría)?</p> |
| <p>Examen médico del niño</p> <p>Fecha del examen médico:</p> | |
| <p>1. El niño</p> | <p>Peso: kg fecha:</p> <p>Altura: cm fecha:</p> <p>circunferencia de la cabeza cm fecha:</p> |

| | | |
|--|--------------------|-------------------|
| Color del cabello: | Color de los ojos: | Color de la piel: |
| A través de mi examen médico completo del niño he observado las siguientes muestras de síntomas, deficiencias o anomalías: | | |
| Fecha del examen: | | |
| Cabeza (forma del cráneo, hidrocefalia, <i>craniotabes</i>) | | |
| Boca y faringe (labio leporino o paladar hendido, dientes) | | |
| Ojos (vista, estrabismo, infecciones) | | |
| Oídos (infecciones, secreciones, audición reducida, deformidad) | | |
| Órganos del pecho (corazón, pulmones) | | |
| Glándulas linfáticas (adenitis) | | |
| Abdomen (hernia, hígado, bazo) | | |
| Genitales (<i>hypospadi</i> a, testículos, retención) | | |
| Columna vertebral (cifosis, escoliosis) | | |
| 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 (eczema, infecciones, parásitos) | | |
| ¿Otras enfermedades? | | |
| ¿ Existe en el niño algún síntoma de sífilis? | | |
| Resultado de la prueba de reacción de sífilis realizada (fecha y año): | | |
| <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado | | |
| ¿Algún síntoma de tuberculosis? | | |
| Resultado del examen de tuberculina realizado (fecha y año): | | |
| <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado | | |
| ¿Algún síntoma de Hepatitis A? | | |
| Resultado del examen de hepatitis A realizado (fecha y año): | | |
| <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado | | |

Anexo 7-10

¿Algún síntoma de Hepatitis B?

Resultado del examen de HBsAg (fecha y año):

Positivo Negativo No realizado

Resultado del examen anti-HBs (fecha y año):

Positivo Negativo No realizado

Resultado del examen de HBeAg (fecha y año):

Positivo Negativo No realizado

Resultado del examen anti-HBe (fecha y año):

Positivo Negativo No realizado

¿Algún síntoma de SIDA?

Resultado del examen VIH realizado (fecha y año):

Positivo Negativo No realizado

¿Síntomas de otra enfermedad contagiosa?

La orina contiene:

¿Azúcar?

¿Albúmina?

¿Acetona?

Deposiciones (diarrea, estreñimiento):

Análisis de parásitos:

Positivo Negativo No realizado

¿Existe alguna enfermedad mental o retraso del niño?

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.

¿Algún comentario adicional?

Firma y sello del médico examinador

Fecha