

Formularios Modelo Recomendados para ser utilizados con arreglo al Convenio sobre Adopción de 1993

Niño



Formulario Modelo Recomendado N.º 3

Informe médico del niño (art. 16)

Formulario Modelo Recomendado N.º 3

Informe médico del niño (art. 16)

Formulario Modelo Recomendado N.º 3

Informe médico del niño (art. 16)

ARTÍCULO 16 DEL CONVENIO SOBRE ADOPCIÓN DE 1993

Artículo 16

- (1) *Si la Autoridad Central del Estado de origen considera que el niño es adoptable, (a) preparará un informe, que contenga información sobre la identidad del niño, su adoptabilidad, su medio social, su evolución personal y familiar, su **historia médica** y la de su familia, así como sobre sus necesidades particulares; [...]*
- (2) *Esta Autoridad Central transmitirá a la Autoridad Central del Estado de recepción su informe sobre el niño, la prueba de que se han obtenido los consentimientos requeridos y la motivación de la decisión relativa a la colocación, procurando no revelar la identidad de la madre y el padre, si en el Estado de origen no puede divulgarse su identidad.*

SECCIÓN EXPLICATIVA¹

1. ¿Qué se ha incluido en este Formulario Modelo Recomendado?

Este Formulario adhiere a uno de los aspectos del contenido del informe sobre el niño mencionado en el artículo 16(1) del Convenio sobre Adopción de 1993. Concretamente: la historia médica del niño y la de su familia, así como sus necesidades especiales.

2. ¿Cuándo debe redactarse este informe?

Este informe debe elaborarse una vez que la Autoridad Central del Estado de origen considera que el niño es adoptable.

Las autoridades competentes del Estado contratante de que se trate deben asegurar la conservación de este formulario (véanse los arts. 9(a), 30 y 31 del Convenio).

¹ Este Formulario Modelo podrá adaptarse a la luz de las leyes nacionales. Por ejemplo, parte de la información que consta en este formulario no puede ser compartida con los futuros padres adoptivos; y datos personales, tales como nombres de los cuidadores, y documentos, tales como certificados de nacimiento o copias de pasaportes, no deben ser divulgados hasta después de que haya tenido lugar la asignación.

Este Formulario Modelo complementa cualquier informe sobre el niño redactado anteriormente o en el momento de su colocación en una modalidad alternativa de cuidado, así como el Formulario Modelo Recomendado N.º 2: Informe sobre el niño (art. 16).

3. ¿Qué sucede con la protección de los datos personales?

El artículo 16(2) establece que las autoridades deberían procurar "no revelar la identidad de la madre y el padre, si en el Estado de origen no puede divulgarse su identidad".

Por ende, cada Estado necesitará adaptar el informe según sus propios requisitos y restricciones relacionados con la legislación en materia de protección de datos.

4. ¿Es obligatoria la utilización de este Formulario Modelo?

No, se trata únicamente de un Formulario Modelo Recomendado, que cada Estado puede necesitar adaptar.

FORMULARIO MODELO RECOMENDADO

Informe médico del niño (art. 16)

Este informe debe 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:	-----	
Género:	-----	
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:	-----	
Colocación desde:	-----	
Peso:	Peso al nacimiento:	----- kg
	A la admisión:	----- kg
Altura:	Altura al nacimiento:	----- cm
	A la admisión:	----- cm

<p>¿El embarazo y el nacimiento fueron normales?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe		
<p>¿Dónde ha permanecido el niño?</p>	<input type="checkbox"/> con su madre:	del _____ (fecha) al _____ (fecha)	
	<input type="checkbox"/> con parientes:	del _____ (fecha) al _____ (fecha)	
	<input type="checkbox"/> bajo cuidado privado:	del _____ (fecha) al _____ (fecha)	
	<input type="checkbox"/> en una institución u hospital:	del _____ (fecha) al _____ (fecha)	
	Por favor mencione aquí el nombre de la institución o instituciones interesadas:	-----	
<p>¿El niño ha tenido enfermedades en el pasado?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Enfermedades infantiles comunes (tos ferina, sarampión, varicela, rubéola, paperas)	-----
		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	-----
		<input type="checkbox"/> Convulsiones (incluidas convulsiones febriles)	-----
		<input type="checkbox"/> Alguna otra enfermedad	-----
		<input type="checkbox"/> Exposición a enfermedades contagiosas	-----
	Por favor indique la edad del niño en el momento de cada enfermedad, así como eventuales complicaciones:	-----	
<input type="checkbox"/> No			

<input type="checkbox"/> No se sabe		
¿El niño ha sido vacunado contra alguna de las siguientes enfermedades?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (B.C.G.). Fecha de la inyección: -----
		<input type="checkbox"/> Difteria. Fecha de la inyección: -----
		<input type="checkbox"/> Tétanos. Fecha de la inyección: -----
		<input type="checkbox"/> Tos ferina. Fecha de la inyección: -----
		<input type="checkbox"/> Poliomiелitis. Fecha de la inyección: -----
		<input type="checkbox"/> Hepatitis A. Fecha de la inyección: -----
		<input type="checkbox"/> Hepatitis B. Fecha de la inyección: -----
		<input type="checkbox"/> Otras inmunizaciones. Por favor especifique cuáles y las fechas de cada inyección: -----
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> No se sabe		
¿El niño ha sido hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sí. En caso de que haya estado hospitalizado, señale el nombre del hospital, la edad del niño, el diagnóstico y tratamiento: -----	
	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> No se sabe	
Si es posible, proporcione una descripción del desarrollo mental, del comportamiento y de las habilidades del niño:	Visual:	¿Cuándo fue capaz de mantener la vista fija? ----- <input type="checkbox"/> No se sabe
	Auditiva:	¿Cuándo fue capaz de girar la cabeza al escuchar un sonido? ----- <input type="checkbox"/> No se sabe

Motriz:	¿Cuándo fue capaz de sentarse solo?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
	¿Estar de pie con ayuda?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
	¿Caminar sin ayuda?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
Lenguaje:	¿Cuándo empezó a balbucear?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
	¿Decir palabras sueltas?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
	¿Decir frases?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
Contacto:	¿Cuándo empezó a sonreír?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
	¿Cómo reacciona ante los extraños?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
	¿Cómo se comunica con los adultos y demás niños?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe
Emotivo:	¿Cómo muestra sus emociones (ira, intranquilidad, decepción, alegría)?	----- <input type="checkbox"/> No se sabe

Examen médico del niño

Fecha del examen médico:	-----	
Peso:	----- kg fecha: -----	
Talla:	----- cm fecha: -----	
Perímetro cefálico:	----- cm fecha: -----	
Color del cabello:	-----	
Color de los ojos:	-----	
Color de la piel:	-----	
A través de mi examen médico completo del niño, he observado los siguientes síntomas, deficiencias o anomalías:	Fecha del examen:	-----
	Cabeza (forma del cráneo, hidrocefalia, <i>craneotabes</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>hipospadias</i> , 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 tuberculina realizado (fecha y año):	-----
	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado	
¿Algún síntoma de Hepatitis B?	Resultado del examen de HBsAg (fecha y año):	-----
	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado	

	Resultado del examen anti-HBs (fecha y año):	-----
	<input type="checkbox"/> Positivo	
	<input type="checkbox"/> Negativo	
	<input type="checkbox"/> No realizado	
	Resultado del examen de HBeAg (fecha y año):	-----
	<input type="checkbox"/> Positivo	
	<input type="checkbox"/> Negativo	
	<input type="checkbox"/> No realizado	
	Resultado del examen anti-HBe (fecha y año):	-----
	<input type="checkbox"/> Positivo	
	<input type="checkbox"/> Negativo	
	<input type="checkbox"/> No realizado	
¿Algún síntoma de SIDA?	Resultado del examen VIH realizado (fecha y año):	-----
	<input type="checkbox"/> Positivo	
	<input type="checkbox"/> Negativo	
	<input type="checkbox"/> No realizado	
¿Síntomas de otra enfermedad contagiosa?	-----	
La orina contiene	<input type="checkbox"/> ¿Azúcar?	
	<input type="checkbox"/> ¿Albúmina?	
	<input type="checkbox"/> ¿Acetona?	

Deposiciones (diarrea, estreñimiento):	----- Análisis de parásitos: <input type="checkbox"/> Positivo. ----- Especie: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No realizado
¿Tiene alguna enfermedad mental o retraso?	-----
Proporcione una descripción del desarrollo mental, del comportamiento y de las habilidades del niño. La misma será de gran importancia para el asesoramiento de los futuros padres adoptivos.	-----
Comentarios adicionales:	-----

Firma y sello del médico examinador

Fecha: -----.

HCCH - Oficina Permanente

Churchillplein 6b
2517 JW La Haya
Países Bajos

Tel.: +31 70 363 3303
Fax: +31 70 360 4867
secretariat@hcch.net
www.hcch.net



Hague Conference on Private International Law
Conférence de La Haye de droit internationa privé
Conferencia de La Haye de Derecho Internacional Privado