

**ESTADO DE ILLINOIS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**  
**Evaluación Médica de un Adulto en un Hogar Adoptivo o de Crianza Temporal**

Nombre de la persona examinada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo ha tratado a este paciente? \_\_\_\_\_

**Este formulario ayudará al Departamento a determinar el bienestar físico y las capacidades de los adultos en hogares adoptivos o de crianza temporal que están o pueden estar cuidando niños. Sírvase completar el siguiente resumen de problemas y estados de salud, y los medicamentos utilizados que puedan afectar la capacidad del adulto de mantener un estado de alerta, resistencia y desempeño de las tareas y responsabilidades asociadas con la atención de hasta seis niños, comprendidos entre las edades de 0 a 18 años en este momento y en el futuro previsible (cinco a diez años).**

**I. HISTORIA**

1. Marque cualquier problema de salud:

- |   |   |   |                                    |
|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos  | <input type="checkbox"/> Artritis           | <input type="checkbox"/> Depresión              | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares | <input type="checkbox"/> Obesidad           | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir  | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Mala Ambulación    | <input type="checkbox"/> Confusión              | <input type="checkbox"/> Alergias  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión         | <input type="checkbox"/> Debilidad/delicado | <input type="checkbox"/> Demencia               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Visión             | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones |                                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Audición           | <input type="checkbox"/> Infartos/parálisis     |                                    |

Explique **todos** los malestares señalados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Algunos de estos malestares son de naturaleza progresiva? Sí  No

Si responde sí, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Existe alguna enfermedad terminal que podría impedir con la habilidad de este individuo de cuidar por un niño los próximos \_\_\_ 5 años \_\_\_ 10 años \_\_\_ 15 años? Si responde "sí", favor de explicar si respuesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Medicamento(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Existe alguna limitación física como resultado de los medicamentos? Sí  No

Si responde sí, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Enfermedades/lesiones, operaciones u hospitalizaciones durante los últimos 5 años:

Enfermedades/lesiones	Operaciones	Hospitalizaciones	Fecha	Resultado

5. Hábitos relacionados con la salud

¿Existen antecedentes de uso de sustancias por parte de solicitante y qué grado de insuficiencia existe, si es que existe uno, debido al uso de dichas sustancias?

Alcohol  \_\_\_\_\_ Drogas  \_\_\_\_\_
Tabaco  \_\_\_\_\_ Otros  \_\_\_\_\_

6. Fecha \_\_\_\_\_ Resultado solamente de la prueba inicial de Tuberculina: \_\_\_\_\_

7. Fecha \_\_\_\_\_ Resultado de la radiografía de tórax (si es necesaria): \_\_\_\_\_

II. EXAMEN FÍSICO

Resumen de hallazgos físicos anormales que afectarían la capacidad para cuidar de un niño:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

III. CAPACIDADES FÍSICAS

Según su opinión médica, sería su paciente físicamente capaz de:

1. Levantar a un niño: Menor de 6 meses Sí  No  De 6 meses a 3 años Sí  No

2. Caminar / maniobrar 50-100 pies sin mayores dificultades: Sí  No

3. Doblarse / agacharse, arrodillarse, estirarse: Sí  No

4. ¿Necesita algún aparato de ayuda para caminar, doblarse/agacharse, arrodillarse o estirarse?
Sí  No  Si responde sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

5. Existe algún problema médico que limite la capacidad física de esta persona para cuidar de un niño médicamente complejo lo cual puede incluir la capacidad de:

Levantarse de una cama o silla, etc. Sí  No  No lo sé 
Alimentaciones frecuentes Sí  No  No lo sé 
Succiones frecuentes Sí  No  No lo sé 
Supervisión frecuente Sí  No  No lo sé 
Medicación frecuente Sí  No  No lo sé 
Nebulizaciones frecuentes Sí  No  No lo sé 
Tratamientos frecuentes Sí  No  No lo sé

¿Son temporales algunos de estos problemas limitantes? Sí  No

Si responde sí, cuáles problemas: \_\_\_\_\_

Para cada problema, ¿Por cuánto tiempo existirá(n) la(s) limitación(es)? \_\_\_\_\_

Yo certifico que este individuo no presenta síntomas de enfermedades contagiosas.

Sí  No  Si responde no, explique: \_\_\_\_\_

Yo certifico que el individuo no tiene limitaciones físicas ni cognitivas que no le permitan cumplir las funciones paternas.

Sí  No  Si responde no, explique: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de licencia profesional estatal: \_\_\_\_\_