



Querida Madre Biológica:

Usted ha tomado el primer paso para asegurarse de que su bebé este seguro y bien cuidado. Sabemos que ha sido una decisión muy difícil para usted, pero queremos asegurarle que le brindaremos el mejor cuidado posible a su bebe.

Nosotros le pedimos a usted su ayuda, dándonos algunos datos de salud que podría ser muy importante en el futuro para su niño/a. Esta información es importante para el cuidado de su niño, y será muy útil para la familia adoptiva.

Por favor llene el formulario y déjelo con los trabajadores de Safe Haven o lléveselo a su casa, llénelo, y nos lo manda a nosotros por correo en el sobre incluido. No necesita estampilla.

Cuál es la fecha de nacimiento de su bebé? ____ Su bebé fue prematuro? ____ Si fue prematuro/a, cuando fue aproximadamente el día que quedo embarazada? ____

Tuvo algún problema con el embarazo o el parto? ____ Si lo tuvo, descríballo por favor:

Usted fumó, uso alcohol, drogas o cualquier medicamento durante su embarazo? ____ Si las uso, por favor anótelas (márquelas).

Marque aquí: fumó uso alcohol uso drogas uso medicamento

Las siguientes preguntas son sobres los parientes biológicos de su bebe. Al decir los parientes biológicos, nosotros nos estamos refiriendo a la madre del bebé, el padre, la hermana, hermano, abuelo/a, tia, sobrina, sobrino, o prima o primo.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la mente | <input type="checkbox"/> Enfermedades del ojo o problemas de visión | <input type="checkbox"/> Otra (explique) |

Descripción física: Completelo lo mejor posible

Madre _____ Padre _____

Edad: _____

Raza: _____

Color de cabello: _____

Estatura: _____

Peso: _____

Por favor, siéntase libre de incluir una nota a su bebé, o a la familia que va a adoptar a su bebé. Si desea, puede usted usar el revez de este formulario. Muchas gracias por su ayuda. Este historial es considerado un regalo para su bebé.