TRIBUNAL SUPERIOR DEL ESTADO DE ARIZONA

Tribunal de Menores del Condado de Pima

Programa de Adopciones y Tutelas

2225 EAST AJO WAY
TUCSON, ARIZONA 85713-6295

Veronica Hookland - Auxiliar de Oficina **520-724-2920; 520-724-9239** *Priscilla Ordonez* – Trabajadora Social

FAX 520-724-4740

Felicitaciones por su decisión de adoptar. A continuación se explica el procedimiento de adopción mediante el programa de adopciones del Tribunal de Menores del Condado de Pima. Usted debe leer todas las instrucciones antes de llenar el paquete. Guarde esta carta para referencia. Si tiene alguna duda, comuníquese con Veronica al 724-2920.

PASO 1: COMPLETE EL PAQUETE DE DOCUMENTOS

- Utilice la lista de verificación a continuación para completar los formularios necesarios y obtener copias de los documentos **antes** de programar su cita de revisión de huellas dactilares y documentos.
- Si la adopción es por parte de padrastros, el padre/madre biológico(a) cónyuge del padrastro (o madrastra) debe completar todos los documentos del paquete y se considera como segundo solicitante.
- Después de tener todos los documentos de la lista de verificación, llame a nuestra oficina (520-724-2920) para fijar una cita de toma de huellas, revisión de documentos y formalizar el pago.

PASO 2: HUELLAS DACTILARES, REVISIÓN DE DOCUMENTOS Y PAGO

Toma de huellas dactilares y Verificación en el Registro Central de Antecedentes Penales: Llame a nuestro programa al (520-724-2920) para fijar la cita de toma de huellas dactilares y autorizar la verificación de antecedentes penales con el Registro Central que se realiza en el Tribunal de Menores del Condado de Pima, 2225 E. Ajo Way.

- La toma de huellas dactilares es para toda persona mayor de 18 años que viva en el hogar, *excepto el padre/madre biológica*. Esto tiene un costo de **$22.00 que se puede pagar con un giro postal (*money order*) o cheque de gerencia pagadero a AZ DPS.**
- La toma de huellas dactilares se realiza únicamente con cita previa en nuestra oficina. Generalmente, nuestra oficina recibe los resultados de cuatro a seis semanas después pero puede tomar más tiempo.

Revisión del paquete de documentos: el día de su cita para las huellas, debe traer el paquete completo y los documentos originales. Nuestra oficina no retiene ningún documento original.

Pago: Debe realizar el pago de $25 dólares por la adopción. El pago puede realizarse con un cheque personal, giro postal (*money order*) o efectivo. El pago se remitirá a la **Secretaría del Tribunal Superior.**

- La tarifa del Estudio Socioeconómico es para cubrir *el costo de* su solicitud y *no representa ninguna garantía.*
- En caso de negación o retraso en el proceso de adopción, **no se reembolsará** el cobro. El trabajador social podrá explicar las causas de retraso o negación de una adopción.

Entrevista para el estudio socioeconómico del hogar: Existen órdenes administrativas que permiten que se lleve a cabo un estudio socioeconómico del hogar en ciertas situaciones.

- Después de recibir los resultados de sus huellas dactilares, revisaremos toda la información y se determinará si es necesario un estudio socioeconómico. De ser necesario, le enviaremos por correo una carta con la fecha y hora de su entrevista para el estudio socioeconómico.
- La visita en el hogar consiste en una entrevista de aproximadamente dos horas con el trabajador social de adopciones. Los solicitantes de la adopción y el/los menor(es) a ser adoptado deben estar presentes en la entrevista.
- Durante la visita al hogar, la trabajadora social obtendrá información sobre la familia, antecedentes penales, historial con el Departamento de Servicios de Protección al Menor, historial de relaciones afectivas, dinámica familiar y determinará si el/los progenitores y los menores entienden el proceso de adopción.
- Después de la entrevista, el trabajador social preparará un informe para el Juez con una recomendación que determina si la adopción es conveniente para el interés superior del/ de los menor(es).

PASO 3: AUDIENCIA FINAL DE ADOPCIÓN

La audiencia final de adopción se celebra generalmente uno o dos meses después de tramitar todos los documentos.
La Procuraduría del Condado fija la audiencia final donde **los solicitantes comparecen con el menor(es).** Una vez programada la audiencia, nuestra oficina le enviará una notificación por correo. Usted puede invitar a sus familiares y amigos a la audiencia para que lo acompañen a celebrar este importante momento de su vida. Si usted no puede venir a la audiencia, comuníquese con la Procuraduría del Condado de Pima al 740-5092 para programar nuevamente la audiencia.

LISTA DE VERIFICACIÓN

- **Por favor utilice esta lista de verificación, asegúrese de completar todos los formularios y de tener todos los documentos requeridos ANTES de fijar su cita para tomar sus huellas dactilares.**

- **Cuando un padrastro (o madrastra) hace una solicitud de adopción, el padre (o madre) biológico también se considera como solicitante y por esta razón AMBOS deberán completar toda la información y presentar todos los documentos requeridos.**

Documentos del paquete:

___ Solicitud de Adopción
___ Formulario de Tarifas de Adopción
___ Referencias (con dirección, teléfono y correo electrónico)
___ Autorización para Divulgación de Información
___ Cuestionario de Adopción
___ Informe médico para solicitantes (padres biológicos, padrastros o posibles padres adoptivos)
___ Informe médico para niño(a) a ser adoptado(a)

* El Tribunal de Menores no recomienda ni proporciona un médico para completar los formularios médicos para su familia. Su médico tomará la decisión en cuanto a si él o ella puede completar los formularios médicos mediante el uso de sus registros médicos anteriores o si él o ella necesita usted para programar una cita antes de completar los formularios médicos para usted y su hijo (s).

Documentos que necesita presentar:

___ Acta de Matrimonio
___ Constancia de Sentencia de Divorcio o Acta de Defunción (para todo ex cónyuge de cada solicitante)
___ Acta de Nacimiento para cada menor a ser adoptado

Si el/la menor no tiene un acta de nacimiento que haya sido emitida en Estados Unidos, debe incluir una copia válida de sus documentos vigentes de residencia. Este programa no puede realizar adopciones sin documentación de residencia legal permanente en los Estados Unidos (ya que se considerarían como adopciones internacionales).

___ Documentación que el menor(es) está legalmente libre para adopción por parte de cada progenitor ausente **(encierre con un círculo):** Consentimiento para Colocar en Adopción, Orden de Anulación/Terminación de los Derechos de Patria Potestad, Certificado del Registro del Padres Putativos indicando que no existe expediente **O** Acta de Defunción

___ Constancia de ingresos familiares **(declaraciones de impuestos o *W-2 más recientes*)**
Los comprobantes de pago no sirven como prueba de ingresos
___ Identificación con fotografía para cada adulto solicitante
___ Comprobante de residencia en el Condado de Pima (recibo de pago de renta, hipoteca o servicios públicos)
___ Documentación de Residencia Legal si alguno de los solicitantes nació fuera de los Estados Unidos

___ Pago por cantidad indicada en el Formulario de Tarifas de Adopción. La forma de pago puede ser: Giro postal (money order), cheque personal o de gerencia a nombre de: *Clerk of The Superior Court.*

___ Documento adicional: _____
___
___ Documento adicional: _____

___ Documento adicional: _____

Solicitud para estudio socioeconómico, estudio de certificación del hogar o recertificación

(Escriba en letra imprenta)

1er Solicitante: _____ _____ _____
Apellido Nombre Segundo nombre

_____ _____ _____
Fecha de nacimiento Edad Número de Seguro Social

2º Solicitante: _____ _____ _____
Apellido Nombre Segundo nombre

_____ _____ _____
Fecha de nacimiento Edad Número de Seguro Social

Vínculo con el menor(es) a ser adoptado: _____

¿Ha solicitado o tiene licencia de padre de crianza temporal en Arizona? _____ No _____ Sí

¿Ha adoptado a un menor en Arizona o solicitado la certificación para adoptar en los últimos tres años Arizona?

_____ No _____Sí – Escriba la fecha y número de caso: _____

Dirección del solicitante(s) y teléfono

_____
Dirección Ciudad Estado Código postal

_____ _____ _____
Teléfono de la casa Celular o Trabajo Celular o Trabajo

PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

_____ _____ _____
Nombre completo Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

_____ _____ _____
Nombre completo Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

_____ _____ _____
Nombre completo Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

La información anterior es verídica de acuerdo con mi/nuestro leal saber y entender

_____ _____ _____
Firma Nombre Fecha

_____ _____ _____
Firma Nombre Fecha

CATEGORIA II
INFORMACIÓN DE TARIFAS PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

El siguiente listado es para PERSONAS QUE NO TIENEN VÍNCULOS FAMILIARES O PARIENTES LEJANOS como: Tíos abuelos o primos lejanos del menor a ser adoptado.

- Según la Orden Administrativa 07-01, ARS 8-133 (b) del Tribunal de Menores del Condado de Pima, "El Tribunal de Menores del Condado de Pima impone una tarifa única a todos los solicitantes de adopción para cubrir el costo de los Estudios Socioeconómicos del Hogar".

- La tarifa del Estudio Socioeconómico es para cubrir *el costo de* su solicitud y *no representa ninguna garantía* en favor de la adopción o certificación. ***No habrá reembolsos*** *e*n caso de que se niegue o se retrase la adopción.

- La tarifa está basada en el ingreso anual bruto (antes de deducciones) del futuro padre(s) adoptivo(s) y su cónyuge del año gravable anterior.

- La tarifa cubre los servicios para un menor y sus padres biológicos.

La tarifa del estudio socioeconómico del hogar es $700.00

- La Tarifa de la solicitud de adopción de **$25.00** se deducirá del cobro por el estudio socioeconómico

Algunas familias podrían tener una tarifa reducida según su ingreso anual. Revise la tabla a continuación:

INGRESO ANUAL BRUTO Y ESCALA DE TARIFAS

$60,000 en adelante (no pariente) consulte agencia privada
$60,000 en adelante (pariente lejano) ……. $700.00
$55,000-59,999…….$700.00
$50,000-54,999…….$600.00
$45,000-49,999…….$500.00
$40,000-44,999…….$400.00
$35,000-39,999…….$300.00
$25,000-34,999…….$200.00
$0-24,999……$0.0

Usted podría obtener una mayor reducción de tarifa o exención de tarifa si su familia tiene una dificultad financiera. Para solicitar la reducción o exención, usted debe presentar una carta explicando las circunstancias de su familia y una copia de su declaración de impuestos del año previo.

TARIFA DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO:
SECCIÓN DE FIRMAS

SE DEBE COMPLETAR CON LA AYUDA DEL PERSONAL DE ADOPCIONES DURANTE LA CITA DE TOMA DE HUELLAS DACTILARES

Tarifa a pagar:

Tarifa determinada por TABLA CATEGORÍA II $ _____
El estudio cubre servicios para un menor y dos padres biológicos

Menor(es) Adicionales: $30.00 X _____ $ _____
Número de menores en ADICIÓN al primer menor

Padres biológicos adicionales: $30.00 X _____ $ _____
Tiene cobro si los padres biológicos son diferentes

Menos tarifa de adopción **- $25**

TOTAL A PAGAR: $ _____

He revisado la información de tarifas y adjunto lo siguiente (escriba sus iniciales)

____ 1. Giro postal (Money Order) o cheque personal por $ _____
dirigido a: *Clerk of Superior Court*.

____ 2. Copia de la última declaración de impuestos del solicitante.
Si está casado pero declara impuestos por separado, debe presentar la documentación de ambos cónyuges.

Entiendo/entendemos que la tarifa del Estudio Socioeconómico es para cubrir el costo de la solicitud y no representa ninguna garantía de que se otorgará la adopción. Entiendo/entendemos que si se niega o retrasa el proceso de adopción, no se reembolsará el cobro.

_____	_____	_____
Firma	Nombre (letra de imprenta)	Fecha
_____	_____	_____
Firma	Nombre (letra de imprenta)	Fecha
_____	_____	
Firma Departamento de Adopciones	Fecha	

TRIBUNAL SUPERIOR DEL ESTADO DE ARIZONA

Tribunal de Menores del Condado de Pima
Programa de Adopciones y Tutelas
2225 EAST AJO WAY
TUCSON, ARIZONA 85713-6295
520-724-2920; 520-724-9239
FAX 520-724-4740

Veronica Hookland
Auxiliar de oficina

Priscilla Ordonez
Trabajadora Social

Autorización para divulgación de información

Por este medio,
Yo _____ (y) _____ autorizo/autorizamos la divulgación de todo documento, información y consulta necesaria para completar la revisión del proceso de adopción, certificación o tutela a los empleados del Programa de Adopciones y Tutela del Tribunal de Menores del Condado de Pima. (A.R.S 2.8-112)

Esta autorización tiene validez por seis meses o hasta que se finalice la acción judicial, a menos que el suscrito la desautorice por escrito.

Firma,

_____ _____
Nombre Fecha

_____ _____
Nombre Fecha

Referencias

Esta referencia debe ser un familiar del solicitante:

1. _____ _____ _____
APELLIDO(S), Nombre Segundo nombre Apellido

Vínculo: _____ Años de conocerlo/la: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle (apartamento o espacio) Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Referencias adicionales no pueden ser familiares del solicitante y deben conocerlo/la como mínimo dos años

2. _____ _____ _____
APELLIDO(S), Nombre Segundo nombre Apellido

Vínculo: _____ Años de conocerlo/la: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle (apartamento o espacio) Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Teléfono: _____

---

3. _____ _____ _____
APELLIDO(S), Nombre Segundo nombre Apellido

Vínculo: _____ Años de conocerlo/la: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle (apartamento o espacio) Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Teléfono: _____

---

4. _____ _____ _____
APELLIDO(S), Nombre Segundo nombre Apellido

Vínculo: _____ Años de conocerlo/la: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle (apartamento o espacio) Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Teléfono: _____

CUESTIONARIO PARA LA ADOPCIÓN

Escriba la siguiente información de manera completa y precisa. Esto formará parte de su archivo jurídico.

Preguntas para hombre

Nombre: _____Primer Idioma:_____
Primer Segundo Apellido Intérprete: ____ NO _____ SÍ

Cuál es su parentesco o vínculo con el menor que quiere adoptar:

Padre biológico Padre Abuelo Tío Otro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Etnia:_____

Teléfono: _____ Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

Por favor indique cualquier diagnóstico médico o de salud mental y tratamiento: _____

_____

_____

¿Tiene historial de uso de sustancias ilícitas incluyendo alcohol? Explique: (use páginas adicionales de ser necesario)
_____

_____

_____

¿Ha obtenido servicios de salud mental (consejerías o cuidado psiquiátrico)? Explique:
_____

_____

_____

¿Alguna vez lo han arrestado o ha enfrentado cargos en su contra en este estado o cualquier otro, incluyendo multas de tránsito?
_____ NO _____ SÍ Escriba la fecha, lugar y describa lo ocurrido (use páginas adicionales de ser necesario)
_____

_____

_____

¿Alguna vez ha tenido declaraciones en su contra o ha sido sujeto de investigación por los Servicios de Protección al Menor en este estado o cualquier otro? ____ NO _____ SÍ Escriba la fecha, lugar y describa lo ocurrido (use páginas adicionales de ser necesario)
_____

_____

_____

_____

_____

Preguntas para mujer

Nombre: _____ Primer Idioma: _____
Primer Segundo Apellido Apellido de Soltera Intérprete: _____ NO _____SÍ

¿Cuál es su parentesco o vínculo con el menor que quiere adoptar?

Madre Biológica Madrastra Abuela Tía Otro:

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Etnia: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

Por favor indique cualquier diagnóstico médico o de salud mental y tratamiento: _____

_____

_____

¿Tiene historial de uso de sustancias ilícitas incluyendo alcohol? explique, use páginas adicionales si es necesario:
_____

_____

_____

¿Ha obtenido servicios de salud mental (consejerías o cuidado psiquiátrico)? Explique:_____

_____

_____

¿Alguna vez lo han arrestado o ha enfrentado cargos en su contra en este estado o cualquier otro, incluyendo multas de tránsito?
____ NO _____ SÍ Escriba la fecha, lugar y describa lo ocurrido (use páginas adicionales de ser necesario)
_____

_____

¿Alguna vez ha tenido declaraciones en su contra o ha sido sujeto de investigación por los Servicios de Protección al Menor en este estado o cualquier otro? _____ NO _____ SÍ Escriba la fecha, lugar y describa lo ocurrido (use páginas adicionales de ser necesario)
_____

_____

_____

Preguntas para ambos

Fecha y lugar del matrimonio actual: _____

Domicilio:_____
Dirección Apt# Ciudad Estado Zona Postal

¿Cuál es la intersección principal más cerca de su casa?

Área de la ciudad donde vive: norte sur este oeste centro

Preguntas para ambos (continuación)

¿Tiene actualmente la tutela o custodia temporal del menor(es) que quiere adoptar? _____NO _____ SÍ
Si su respuesta es sí, donde: _____ Número del caso: _____ Fecha de la orden: _____

¿Alguno de los solicitantes ha solicitado adoptar en el pasado? _____ NO _____ SÍ
Si su respuesta es sí, explique: _____

¿Alguno de los solicitantes ha sido parte en una adopción, en un caso de Terminación de Derechos de Patria Potestad o cualquier asunto en el Tribunal de Menores en cualquier estado? _____ NO ____SÍ escriba el número de caso y explique:
_____

¿Se le ha negado a cualquiera de los solicitantes alguna adopción o certificación? _____ NO ____SÍ Explique:
_____

_____

Escriba el nombre de una persona para que cuide sus hijos en caso que usted tenga una enfermedad grave o fallezca:
_____

Indique por qué está solicitando la adopción. Use páginas adicionales si es necesario:

_____

_____

_____

¿Ha dialogado con sus hijos sobre la adopción? _____SÍ _____NO

Información sobre los niños que quiere adoptar

Primer nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____
Nombre completo del niño, nombre legal de nacimiento como aparece en el certificado de nacimiento

Primer nombre: _____ Segundo : _____Apellido: _____
Se propone cambio de nombre

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Etnia: _____

¿Desde cuándo vive el menor con usted? _____

¿Por qué está el menor bajo su custodia? _____

_____

Indique cualquier diagnóstico médico o de salud mental del menor y tratamiento: _____

_____

Primer nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____
Nombre completo del niño, nombre legal de nacimiento como aparece en el certificado de nacimiento

Primer nombre: _____ Segundo : _____Apellido: _____
Se propone cambio de nombre

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Etnia: _____

¿Desde cuándo vive el menor con usted? _____

¿Por qué está el menor bajo su custodia? _____

Indique cualquier diagnóstico médico y de salud mental del menor y el tratamiento: _____

Información sobre los padres biológicos

Nombre de la **Madre biológica**: _____ Fecha de nacimiento o edad aproximada: _____

Último domicilio conocido: _____La última vez que se comunicó con el menor fue: _____

La última vez que se comunicó con el solicitante(s) fue: _____

Indique cualquier problema médico, de salud mental o de uso de sustancias ilícitas de la madre biológica:

_____

Nombre del **Padre biológico**: _____ Fecha de nacimiento o edad aproximada: _____

Último domicilio conocido: _____La última vez que se comunicó con el menor fue: _____

Última vez que se comunicó con el/los solicitante(s): _____

Indique cualquier problema médico, de salud mental o de uso de sustancias ilícitas del padre biológico:

_____

Fecha en que se terminaron los derechos de patria potestad de la madre/padre: _____

_____

Información sobre la familia

Escriba el nombre(s) de los ex cónyuges del solicitante (hombre):

Lugar y fecha del matrimonio	Nombre del ex cónyuge	Divorciada o fallecida	Fecha	Lugar

Escriba el nombre(s) de los ex cónyuges del solicitante (mujer):

Lugar y fecha del matrimonio	Nombre del ex cónyuge	Divorciado o fallecido	Fecha	Lugar

Escriba el nombre(s) de todos los hijos(as) de cada solicitante. Puede utilizar páginas adicionales si es necesario**. No** escriba el nombre del menor que será adoptado(a).
ESCRIBA los nombres de los hijos que los solicitantes tienen en común y los que tuvieron en relaciones anteriores.

Nombre de niño(a)	Hijo(a) del solicitante 1, 2 o en común	Fecha y lugar de Nacimiento

Escriba el nombre(s) de todas las personas que viven en su hogar (que no hayan sido mencionadas en este formulario)

Nombre	Edad	Sexo	Vínculo (si existe)

SITUACIÓN ECONÓMICA

Total de ingreso mensual de la familia (después de deducciones): $_____
Renta o hipoteca: $_____
____Renta ____Vivienda propia
Año en que compró vivienda: _____ Precio de la vivienda: $_____
Total aproximada de otros gastos mensuales: $_____
(comida, servicios públicos, autos, seguro, guardería, préstamos)
Dinero en cuenta de ahorros: $_____
Nombre de compañía de seguro médico:

Hijos(as): _____

Solicitante/hombre: _____ solicitante/mujer: _____

Educación

Escriba el nivel educativo y fechas de graduación (incluya nombre de la escuela y clases especializadas)

Solicitante/hombre:

Escuela: _____

¿Diploma o Equivalencia GED?_____

Universidad o Escuela técnica:_____

_____

Otro:_____

_____

Solicitante/mujer:

Escuela:_____

¿Diploma o Equivalencia GED?_____

Universidad o Escuela técnica:_____

_____

Otro:_____

_____

Información Laboral

Solicitante/Hombre:

OCUPACIÓN ACTUAL

De (fecha): _____ a: PRESENTE

Ocupación: _____ Salario: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Solicitante/Mujer:

OCUPACIÓN ACTUAL

De (fecha): _____ a: PRESENTE

Ocupación: _____ Salario: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Historial de empleo

Solicitante/hombre:
Últimos 3 empleos (incluya servicio militar)

De:_____ a: _____

Ocupación: _____ Salario: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

De:_____ a: _____

Ocupación: _____ Salario: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

De:_____ a: _____

Ocupación: _____ Salario: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Solicitante/mujer:
Últimos 3 empleos (incluya servicio militar)

De: _____ a: _____

Ocupación: _____ Salario: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

De: _____ a: _____

Ocupación: _____ Salario: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

De: _____ a: _____

Ocupación: _____ Salario: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Si ha habido muertes en alguna de las dos familias en los últimos dos años, escriba los nombres de quienes fallecieron:
_____

_____

En caso de enfermedades físicas, mentales o abuso de sustancias ilícitas (en cualquiera de las familias), escríbalo a continuación:
_____

_____

Escriba el nombre de las clases para formación de padres (de cualquiera de los solicitantes) en los últimos cinco años: _____

_____

¿Cómo se ha preparado para la adopción? _____

_____

_____

Yo/Nosotros verifico que la información contenida en estos documentos es verídica y correcta a mi leal saber y entender.

_____	_____	_____
Firma	Nombre en letra de imprenta/molde	Fecha
_____	_____	_____
Firma	Nombre en letra de imprenta/molde	Fecha

TRIBUNAL SUPERIOR DEL ESTADO DE ARIZONA
Tribunal de Menores del Condado de Pima
Programa de Adopciones y Tutela
2225 EAST AJO WAY
TUCSON, ARIZONA 85713-6295
520-724-2920; 520-724-9239
FAX 520-724-4740

Veronica Hookland –Auxiliar de Oficina

Priscilla Ordonez – Trabajadora Social

Referente a: Formulario médico

Para todo el personal médico:

El PROGRAMA DE ADOPCIONES en el Tribunal de Menores del Condado de Pima apoya a las familias en varios tipos de adopciones como adopciones por parte de padrastros, abuelos y personas que no son parientes. La Trabajadora Social de Adopciones del Tribunal de Menores del Condado de Pima solicita su cooperación para completar el formulario médico adjunto. El propósito de este formulario es obtener información acerca del estado de salud de los padres adoptivos. El propósito es determinar si su paciente goza de buena salud y/o está recibiendo tratamiento para cualquier problema de salud preexistente que este pudiera tener. Completar este formulario no implica que usted sea responsable de la decisión que se tome respecto a la adopción. Nosotros acudimos a usted simplemente para obtener un breve historial médico que se incluirá en los datos personales de la familia si se realiza un estudio socioeconómico del hogar.

Gracias por asistirnos en este asunto. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Veronica Hookland al 724-2920.

Atentamente,
El Personal del Programa de Adopciones

Informe médico para solicitante de adopción

La siguiente información es requerida por ARS (Ley Actualizada de Arizona) 8-105 para ser utilizada en el informe del Estudio Socioeconómico llevado a cabo por el Programa de Adopciones del el Tribunal de Menores del Condado de Pima en relación a los procedimientos de adopción.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Yo, (escriba en letra de imprenta el nombre del doctor) _____, examiné al antedicho paciente el (fecha) _____.

1. Enumere todos los problemas de salud, diagnósticos actuales, incluyendo los diagnósticos de salud mental. Explique:

   _____

   _____

   _____

   _____

2. Enumere con claridad todos los medicamentos que se le han recetado a este paciente.

   Nombre del medicamento Propósito del medicamento Dosis actual

   _____

   _____

   _____

   _____

3. ¿Tiene este paciente algún problema médico o de otro tipo que, en su opinión, crearía obstáculos en la crianza de un niño?

   NO _____ SÍ _____ Si contesta "sí", describa el problema. (Utilice páginas adicionales de ser necesario)

   _____

   _____

   _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Clínica / Nombre del consultorio: _____Teléfono: _____

Informe médico para solicitante de adopción

La siguiente información es requerida por ARS (Ley Actualizada de Arizona) 8-105 para ser utilizada en el reporte del Estudio Socioeconómico llevado a cabo por el Programa de Adopciones para el Tribunal de Menores del Condado de Pima en conexión con los procedimientos de adopción.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Domicilio: _____

Yo, (escriba en letra de imprenta el nombre del doctor) _____, examiné al paciente arriba mencionado (fecha) _____.

1. Enumere todos los diagnósticos o problemas médicos actuales, incluya los diagnósticos de salud mental. Explique:
   _____
   _____
   _____
   _____

2. Enumere con claridad todos los medicamentos prescritos para este paciente.

   Nombre del medicamento Propósito del medicamento Dosis actual

   _____
   _____
   _____
   _____

3. ¿Tiene este paciente algún problema médico o de otro tipo que, en su opinión, crearía obstáculos en la crianza de un niño?

   NO _____ SÍ _____ Si contesta "sí", describa el problema (utilice páginas adicionales de ser necesario)

   _____
   _____
   _____

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

Domicilio: _____

Clínica / Nombre del consultorio: _____**Teléfono:** _____

Informe médico para niño(a) adoptivo(a)

La siguiente información es requerida por ARS (Ley Actualizada de Arizona) 8-105 para ser utilizada en el de Estudio Socioeconómico del Programa de Adopciones del Tribunal de Menores del Condado de Pima en relación a los procedimientos de adopción.

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Yo, (escriba en letra de imprenta el nombre del doctor) _____, examiné al antedicho paciente el (fecha) _____.

1. Enumere los problemas de salud o diagnósticos actuales, incluyendo diagnósticos de salud mental. Explique:
   _____
   _____
   _____
   _____

2. Enumere con claridad todos los medicamentos que se le han recetado a este paciente.

   Nombre del medicamento Propósito del medicamento Dosis actual
   _____
   _____
   _____

3. ¿En su opinión, está desarrollándose normalmente el/la menor? SÍ ____ NO ____ Si responde "no", describa el problema (utilice páginas adicionales de ser necesario)
   _____
   _____
   _____

4. ¿Le parece que el/la menor recibe los cuidados adecuados? SÍ ____ NO ____ Si responde "no", explique por qué y utilice páginas adicionales de ser necesario:
   _____
   _____
   _____

Firma del doctor: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Clínica / Nombre del consultorio: _____ Teléfono: _____