

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Por el presente autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar al Departamento de Niños y Familias la información que se solicita a continuación acerca de mi hijo menor de edad de acuerdo con los requerimientos de las políticas del Departamento para solicitantes de Custodia/Tutela ante los Tribunales Testamentarios (con competencia en materia de tutela, curatela y adopción de menores) y su hijo.

Nombre del Menor:

Firma del Solicitante:

Fecha:

Dirección: (N.º y calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del Solicitante o del Menor:

Fecha de nacimiento:

Fecha del Último Examen:

Peso:

Altura:

Ojos:

Audición:

Presión arterial:

Corazón:

Fecha:

Pulmones:

Neuromuscular:

Radiografía de Tórax:

Fecha:

Resultados

Pruebas serológicas en sangre:

Fecha:

Resultados

Análisis de orina:

Fecha:

Resultados

¿Hace cuánto tiempo conoce al solicitante (o al Menor)?

¿El solicitante (o el Menor) ha tenido algún problema de salud, hereditario o psiquiátrico crónico o activo importante?

 Sí  No. Si la respuesta es "Sí", explique:

¿El solicitante (o el Menor) ha tenido alguna admisión hospitalaria importante?

 Sí  No. Si la respuesta es "Sí", explique:

Indique cuál es su impresión sobre el estado de salud del solicitante (o del menor), tanto físico como emocional, y cuál es su pronóstico sobre la continuidad de su bienestar:

¿Considera que el estado físico y emocional del solicitante es satisfactoria para cuidar a un menor?

 Sí  No Si la respuesta es "No", explique:

¿El solicitante (o el menor) está libre de enfermedades contagiosas?

 Sí  No Si la respuesta es "No", explique:

Nombre del Médico

Firma del Médico

Dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono:

Fecha:

**NOTA:** El médico examinador debe enviar este informe por correo directamente a la oficina del Departamento de Niños y Familias que se indica a continuación:

Attention:

DCF Office and Address:

Date: