State of Rhode Island and Providence Plantations

Rhode Island Department of Children, Youth and Families

Atestación de antecedentes de salud para padres adoptivos

Ser padre adoptivo es con frecuencia un trabajo exigente física y emocionalmente, el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias está interesado en la salud del solicitante. Esta información generalmente se solicita a un médico de atención primaria o profesional médico. Para que podamos acelerar el procesamiento de su solicitud, el Departamento realizará la siguiente certificación en lugar de un Historial de salud de un médico, como una exención temporal del requisito reglamentario.

El nombre del solicitante	*Fecha*	*Agencia (si corresponde)*

Nombre del médico de atención primaria (PCP)	*Dirección y número de teléfono de PCP*

Última fecha estimada de visita al médico de atención primaria:_____

☐ No tengo un médico de atención primaria.

¿Alguna vez o actualmente experimentas:					
… enfermedad crónica o otras enfermedades?		… uso de sustancias?		… ¿enfermedad mental?	
☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, explique:					
¿Te consideras mentalmente, físicamente y emocionalmente competente para ser un padre adoptivo?				☐ Si	☐ No
Si no, por favor explique:					
Cualquier comentario adicional:					

Firma	*Fecha*

Tenga en cuenta: al firmar este formulario, solicita recibir una exención temporal de la regulación del "Formulario de historial de salud" y acepta obtener un Historial de salud completo de un médico dentro de los seis meses posteriores a esta firma. Este formulario no garantiza la licencia como padre adoptivo o la colocación de un hijo adoptivo.