



# REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PARA PADRES ADOPTIVOS (DECLARACIÓN JURAMENTADA)

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres Adoptivos: \_\_\_\_\_

Colocación a través del Departamento de Niños y Familias – Programa de Necesidades Especiales. Fecha de Colocación para Adopción: \_\_\_\_\_

|   | SÍ                       | NO                       | NA                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nosotros hemos/ Yo he sido informado (s) de las razones por las cuales mi hijo(a) ingresó al cuidado sustituto del Estado. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/ Yo he sido informado (s) de las razones por las cuales mi hijo(a) no pudo vivir con su familia biológica. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/ Yo he sido informado (s) acerca del número de locaciones mi hijo(a) experimentó mientras estuvo en la custodia de la agencia. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/ Yo he recibido la oportunidad de leer los siguientes documentos de mi hijo(a):  |                          |                          |                          |
| Registros/historial de salud .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Registros Escolares .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Registros/historial de salud mental .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Registros de hospitalización .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Registros de hospitalización psiquiátrica .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) de la edad de los padres biológicos de mi hijo(a). ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) de la existencia de hermanos (as) de mi hijo(a). ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) acerca del abuse sexual conocido de mi hijo(a). ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) acerca del abuse físico conocido de mi hijo(a). ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) acerca de cualquier adicción conocida de los padres de mi hijo(a). ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) acerca de la historia de medicamentos de mi hijo(a). ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) acerca de la historia genética conocida de mi hijo(a). ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos /Yo he sido recibido(s) copia(s) con la información sin identificación de la madre biológica de mi hijo, pero que incluye su historial médico y documenta el cuidado prenatal y el parto. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) de todos los incidentes inusuales o traumas que ocurrieron a mi hijo(a) durante su cuidado sustituto con la Agencia. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) del Programa de Asistencia de Adopción disponible para mi hijo(a). ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros hemos/Yo he sido informado (s) acerca del Sistema de Registro de Adopción en Florida. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros/Yo comprendemos que pudieron ocurrir eventos o traumas para mi hijo(a) de los cuales la Agencia no tiene conocimiento. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros/Yo comprendemos que pueden existir condiciones médicas e historia médica de la cual la Agencia no tiene conocimiento. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros/Yo hemos recibido una copia de esta forma de revelación de información. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nosotros/Yo declaramos que informaremos al Departamento de Niños y Familias de la Florida y/o a la Agencia de Cuidado Básico de la Comunidad, de cualquier cambio de residencia/dirección para que ella pueda notificarnos en el evento de recibir información adicional acerca de mi hijo(a). .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nosotros/Yo hemos recibido la siguiente documentación acerca de nuestro/mi hijo(s). (Cada padre adoptivo debe firmar con sus iniciales que recibió los siguientes documentos. Toda la información con la posible identificación acerca de los padres biológicos, padres sustitutos, familiares, hermanos, y autor de los crímenes o abusos en contra/ o de los niños debe ser redactada)

Iniciales de los Padres

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| Petición de Resguardo y Orden de Resguardo .....   | _____ | _____ |
| Petición de Dependencia y Orden de Dependencia .....   | _____ | _____ |
| Modificación de la Petición de Dependencia y Orden, si es aplicable .....                              | _____ | _____ |
| Petición para la Terminación de la Patria Potestad o Derechos de Padres y Orden .....                  | _____ | _____ |
| El más reciente Estudio Social de Revisión Judicial y su Orden .....                                   | _____ | _____ |
| Reporte Original de Predisposición Judicial .....  | _____ | _____ |
| Reporte Posterior a la Terminación de La Patria Potestad o Derechos de Padres..                        | _____ | _____ |
| Reporte de Estudio del Niño .....  | _____ | _____ |
| Plan de Tratamiento/Caso Judicial incluyendo las necesidades del niño .....                            | _____ | _____ |
| Investigaciones de Protección Infantil identificando el niño como victim .....                         | _____ | _____ |
| Reportes del Guardián de Niños, presentados a la Corte, acerca del niño .....                          | _____ | _____ |
| Evaluaciones Psicológicas y/o Evaluaciones detalladas y exhaustivas del niño ..                        | _____ | _____ |
| Nombre de los proveedores de servicios del niño durante la custodia/cuidado sustituto del Estado ..... | _____ | _____ |

|                                  |       |                                    |       |
|----------------------------------|-------|------------------------------------|-------|
| _____                            | _____ | _____                              | _____ |
| Firma del posible padre adoptivo | Fecha | Firma de la posible madre adoptiva | Fecha |

El Consejero de Adopción, \_\_\_\_\_, en representación del Departamento de Niños y Familias de la Florida, ha proporcionado toda la información conocida a los padres adoptivos que el consejero ha podido obtener en este niño.

|                     |       |                                    |       |
|---------------------|-------|------------------------------------|-------|
| _____               | _____ | _____                              | _____ |
| Firma del Consejero | Fecha | Firma del Supervisor del Consejero | Fecha |