

Estimado/a Padre:

SITIO SEGURO PARA BEBÉS

Gracias por traer a su bebé a un Sitio Seguro para Bebés. Usted ha tomado el primer paso a asegurar que su niño/a será seguro y bien cuidado.

Pedimos que usted ayude a su bebé a proveer alguna información de la salud de su madre y su padre que puede ser importante en el futuro de su niño/a. Será que no sabe todas las respuestas – está bien. Por favor, provea a su bebé toda la información que usted sabe.

Información Sobre el Nacimiento

La Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

¿Tenía algunos problemas cuando nació? _____

Historia Médica de la Madre

Edad: _____

Raza/Nacionalidad: _____

Condiciones Médicas:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Una enfermedad cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Una enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Uso de drogas _____ |

Alguna Información Adicional: _____

Historia Médica de Padre

Edad: _____

Raza/Nacionalidad: _____

Condiciones Médicas:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Una enfermedad cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Ataques | <input type="checkbox"/> Una enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Uso de drogas _____ |

Alguna Información Adicional: _____

Si usted quiere incluir una nota a su bebé, o a las personas que adoptarán a su niño/a, podría utilizar el lado inverso de esta forma.

Por favor, mándela la forma a:

UTMB Emergency Room, c/o Care Manager
301 University Blvd
Galveston TX 77555-1173