

DECLARACIÓN JURADA DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA ADOPCIÓN

Nombre del trabajador social del caso _____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Fecha de terminación _____ Tipo de terminación Voluntaria Por orden judicial
 Combinación

Fecha de colocación _____

Conversión a hogar de crianza temporal Sí No

Padre(s) adoptivo(s) _____

Lo siguiente refleja toda la información no identificante conocida por el Departamento a la fecha:

	SÍ	NO	N/A	INFORMACIÓN DESCONOCIDA
1. He proporcionado a la familia toda la información no identificante disponible sobre los padres biológicos del niño, conforme a AP-5 y a la Ley de Adopción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. He informado a la familia sobre la relación del niño con su familia biológica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. He informado a la familia acerca de toda adicción al alcohol/a las drogas que puedan haber tenido los padres biológicos del niño (si el Departamento posee dicha información).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. He brindado información respecto a la existencia de todo otro niño nacido de ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fechas de nacimiento de los niños _____				
Sexo de los niños _____				
5. He proporcionado las razones y la fecha en la que el niño ingresó a cuidados temporales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. He proporcionado información respecto a la razón por la cual el niño no pudo volver con su familia de origen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. He proporcionado el número de colocaciones que ha sufrido el niño desde que está bajo el cuidado del Departamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. He proporcionado información del niño (según lo reflejado en el registro del caso del Departamento) sobre los siguientes asuntos:				
Historia de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colocaciones residenciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia genética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

–al Dorsó–

DISTRIBUCIÓN:
Original – Expediente del caso
Copia – Familia

	SÍ	NO	N/A	INFORMACIÓN DESCONOCIDA
9. He proporcionado información respecto a todo lo siguiente:				
(a) experiencias de abuso físico de las cuales el niño haya sido víctima (si el Departamento tiene esa información)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) experiencias de abuso sexual de las cuales el niño haya sido víctima (si el Departamento tiene esa información)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) experiencias de negligencia de las cuales el niño haya sido víctima (si el Departamento tiene esa información)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. He informado acerca de todo incidente conocido de abuso físico o sexual perpetrado por el niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. He informado a la familia acerca de todo incidente o traumatismo sufrido por el niño mientras se encontraba bajo el cuidado del Departamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. He explicado que es posible que el niño que se colocará tenga problemas mentales, físicos o emocionales no diagnosticados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. He proporcionado fotografías del niño disponibles del registro del caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Además de todo lo anterior, se ha divulgado a la familia la siguiente información no identificante acerca del niño:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. He informado a la familia acerca de los servicios disponibles para los que podrá calificar el niño luego de haberse consumado la adopción:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comprendo que esta Declaración jurada de divulgación será archivada en el registro del caso del niño, y que el Departamento o la familia (si lo solicita) podrán acceder a ella en cualquier momento, una vez completada la adopción del niño.

Nombre del trabajador social del caso que completa el formulario: _____
 DCFS Agencia privada

Trabajador social del Departamento Fecha

Trabajador social de Agencia privada Fecha

Supervisor del Departamento Fecha

Supervisor de Agencia privada Fecha

Padre adoptivo Fecha

Madre adoptiva Fecha

Copia de Declaración jurada enviada a los padres el _____.
Fecha