Gracias por traer a su bebé a un lugar seguro. Queremos asegurarle que nosotros le daremos a su bebé el mejor cuidado posible. Por favor ayude a su bebé llenando este formulario. La información que usted proporciona facilitará proveerle una mejor atención médica a su niño. Es probable que usted no sepa todas las respuestas – lo cual está bien, pero por favor proporcione toda la información que pueda para su bebé. **Esta información no será usada para su identificación, ni tampoco se usará para intentar localizarlo.**

**Proporcionar esta información es voluntario.**

¿Cuál es la fecha de nacimiento del bebé? ¿Nació el bebé prematuro?  Sí  No

¿Hubo algún problema con el embarazo o el parto?  Sí  No Si responde Sí, ¿cuáles fueron?

¿Fue usted maltratada físicamente durante el embarazo?  Sí  No Si responde Sí, por favor describa.

¿Dónde dejó usted a su bebé? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **MADRE** | **PADRE** |
| ¿Tiene la madre del bebé alguna condición médica tal como:   Diabetes   Asma   Alergias   Convulsiones   Cáncer   Enfermedad del corazón   Presión arterial alta   Enfermedad mental   Enfermedad de transmisión sexual   Otra, por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Hizo la madre uno de los siguientes antes de o durante el embarazo?   Fumar   Usar alcohol   Usar drogas o medicamentos  Si responde Sí, ¿qué tipos de drogas o medicamentos?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La madre del bebé es:  Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Color del cabello\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contextura física\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Tiene el padre del bebé alguna condición médica tal como:   Diabetes   Asma   Alergias   Convulsiones   Cáncer   Enfermedad del corazón   Presión arterial alta   Enfermedad mental   Enfermedad de transmisión sexual   Otra, por favor describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Hizo el padre uno de los siguientes antes del embarazo?   Fumar   Usar alcohol   Usar drogas o medicamentos  Si responde Sí, ¿qué tipos de drogas o medicamentos?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  El padre del bebé es:  Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Color del cabello\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contextura física\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**IMPORTANTE**

**Si usted decide que quiere a su bebé de regreso, llame al 1-877-597-2331. Si no se comunica con el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia en un plazo de 30 días naturales después de dejar a su recién nacido, el Gabinete procederá con la terminación involuntaria de sus derechos como padre y colocará a su bebé para la adopción.**

**NOTA AL PADRE**

**Si este formulario no es llenado cuando el niño es dejado en el lugar seguro, usted puede llenarlo y enviarlo a:**

Division of Protection and Permanency

Department for Community Based Services

Cabinet for Health and Family Services

275 East Main Street, 3E-B

Frankfort, KY 40621

**Usted puede escribir una nota a su bebé o a las personas que adoptarán a su niño al dorso de este formulario.**