

LAW OFFICES OF CHARLOTTE H. DANCIU
SURROGATE AND EGG DONOR QUESTIONNAIRE
202 N. Swinton Ave.
Delray Beach, FL 33444
561-330-6700/1-800-395-5449

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA:FECHA: _____

Nombre: _____ **TELÉFONOS:**

Dirección: _____ Residencia: (____) _____

_____ Trabajo: (____) _____

_____ Celular: (____) _____

Correo E-mail: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. Social Security: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Tipo de Sangre: ____ (+) ó (-)

Licencia de Conducir #: _____

Estado Civil: _____ Si Casada,

Nombre de Soltera: _____ Por Cuanto Tiempo: _____

Nombre de su Esposo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. Social Security: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Licencia de Conducir #: _____

Tiene usted seguro medico?: _____ Nombre/#: _____

Donante de Óvulo Previa?: SI _____ NO _____ Madre Surrogada Previa?: SI _____ NO _____

Resultados (SI SON DISPONIBLES) _____

*** USTED DEBE DE DAR TRES CARTAS DE REFERENCIA:**

REFERENCES:

NOMBRE(NO PARIENTES):DIRECCIÓN:TELÉFONO#:

*** POR FAVOR INCLUIR UNA FOTO RECIENTE de usted y de todo hijo(a) que usted pueda tener. Le sugerimos que incluya fotos en las cuales usted tenga duplicados, ya que no garantizamos su devolución.**

*** Usted esta interesada en ser: _____ una madre sustituta ó _____ una donante de óvulo.**

*** En una hoja aparte, por favor explique la razón por la cual usted desea ser una Madre Sustituta ó una Donante de Óvulo.**

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Color de Ojos: _____ Color de Cabello **Natural:** _____

Ojos Cabello Compleción Altura Contextura

Madre: _____

Padre: _____

Tipo de Cuerpo/Estructura Ósea: _____ Pequeño _____ Mediano _____ Grande

Tipo de Cabello **Natural:** _____ Rizado _____ Ondulado _____ Liso

Canas Prematuras? _____ Si _____ No De ser si, a que edad?: _____

Color de Piel(Seleccionar todas las que apliquen) : _____ Blanco _____ Mediano _____ Olive _____ Moreno _____ Moreno Oscuro _____ Negro _____ Pecoso _____ Rosado

Lunares: _____

Visión(sin lentes): _____ Mala _____ Decente _____ Buena _____ Excelente

Usted usa lentes? _____ Por que razón? _____

Edad en la que usted uso lentes por primera vez: _____

Audición: _____ Mala _____ Decente _____ Buena _____ Excelente

Usa usted dispositivos de audición? _____ Por que razón? _____

Dentadura: _____ Mala _____ Decente _____ Buena _____ Excelente

Alguna anormalidad? _____ Algun trabajo ortodoncista? _____

De ser si, explique: _____ A que edad: _____

PERFIL:

Raza: _____ Origen Étnico: _____

Madre: _____ Padre: _____

ACTIVIDAD ATLÉTICA:

_____ Atlético _____ Actva _____ Average _____ Inactiva

En que actividades físicas se destaca usted? _____

Ha sido usted sobresaliente en alguna actividad física? _____ Explique: _____

MOTRIZ:

_____ Habilidadosa _____ Average _____ Torpe

_____ Derecha _____ Izquierda _____ Ambidiestra

HABILIDAD MUSICAL:

_____ Musical _____ Average _____ Sorda

Por favor describa cualquier habilidad musical que usted tenga: _____

TALENTOS/HABILIDADES:

Por favor describa cualquier habilidad o talento que usted tenga (pintar, coser, arte, etc.): _____

EDUCACIÓN:

_____ Completado Primaria?

_____ Completado Secundaria (GPA _____) Año: _____

_____ GED, Año: _____

_____ Actualmente en la Universidad estudiando: _____

GPA: _____ Año: _____

Nombre de la Universidad: _____

_____ Completado Universidad, título en: _____

Certificaciones obtenidas en Institutos técnicos: _____

_____ Cualquier premio académico obtenido: _____

EXÁMENES ESTATALES: SAT: _____ ACT: _____ GRE: _____ MAT: _____
LSAT: _____ MCAT: _____

SALUD REPRODUCTIVA:

Edad de su Primer Período: _____ Ciclos: _____ Regular _____ Irregular

Tiempo entre Períodos: _____

Por favor escriba cualquier problema o circunstancia especial que pueda tener usted con su salud reproductiva (Problemas menstruales, quistes, problemas de embarazo, etc.):

Historia de Embarazos:

* Por favor escriba el resultado en la columna de "Resultado" si tuvo al bebé a través de parto natural o cesaria.

Año Resultado Smns. De Gestación Peso del bebé Complicaciones?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Método Anticonceptivo que usted usa: _____ Por cuanto tiempo: _____

SALUD:

Usted Fuma? _____ Si _____ No Cuantos Paquetes al día? _____

Usted bebe alcohol? _____ Si _____ No Que tan frecuente? _____

Usted usa o ha usado alguna sustancia barbitúrica? _____ Yes _____ No

De ser si, explique: _____

Lista de remedios y medicaciones que usted toma regularmente: _____

Tiene usted alergías? _____ Si _____ No De ser si, explique:: _____

Sufre usted de alguna enfermedad médica? (Asthma, Diabetis, Epilepsia, etc.): _____

Como es su nutrición? _____ Mala _____ Average _____ Buena _____ Excelente

Describa sus tendencias alimenticias: _____

Es usted vegetariana? _____ Si _____ No

HISTORIAL MÉDICO:

Ha tenido usted alguna cirugía? _____

Por favor escriba cualquier cirugía que haya tenido junto a la fecha en que la tuvo:

1. _____

2. _____

3. _____

Ha recibido transfusión sanguínea? _____ Hace cuanto? _____

Se ha expuesto usted a grandes cantidades de radiación de Rayos X? _____

Por favor explique cualquier otro problema medico que usted tenga: _____

Ha sido usted inmunizado de: (Marque todas las que apliquen)

- Diphtheria
- Polio
- Influenza (flu)
- Small pox
- Measles, regular
- Tetanus
- Mumps
- Whooping Cough
- Rubella
- Ninguna

() Otras (especifique): _____

HISTORIAL FAMILIAR MÉDICO:

| | Edad | Edad de fallecimiento | Problemas Médicos ó causa de muerte |
|-----------------|------|-----------------------|-------------------------------------|
| Madre: | | | |
| Padre: | | | |
| Hermanos: | | | |
| | | | |
| | | | |
| Hermanas: | | | |
| | | | |
| | | | |
| Abuela Materna: | | | |
| Abuelo Materno: | | | |
| Abuela Paterna: | | | |
| Abuelo Paterno: | | | |
| Hijos: | | | |
| | | | |
| | | | |

HISTORIAL FAMILIAR MÉDICO:

Por favor lea con atención la siguiente lista de problemas medicos e indique cuales ha tenido usted o parientes suyos. Por favor considere la condición de todos los miembros familiares.

| Problemas Médicos | Yo | Madre | Padre | Hermanos (as) | Abuelos | Parientes Lejanos | Descripción |
|-------------------|----|-------|-------|---------------|---------|-------------------|-------------|
| 1. CORAZÓN | | | | | | | |
| A. Stroke | | | | | | | |
| B. Heart Attack | | | | | | | |

| Problemas Médicos | Yo | Madre | Padre | Hermanos (as) | Abuelos | Parientes Lejanos | Descripción |
|--------------------------|----|-------|-------|---------------|---------|-------------------|-------------|
| C. Heart disease | | | | | | | |
| 1. From birth | | | | | | | |
| 2. Other | | | | | | | |
| D. Hardening of arteries | | | | | | | |
| E. High Blood Pressure | | | | | | | |
| 2. SANGUÍNEO | | | | | | | |
| A. Anemia | | | | | | | |
| B. Sickle-cell | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| C. Hemophilia Other Bleeding | | | | | | | |
| D. Leukemia | | | | | | | |
| E. HIV | | | | | | | |
| F. Other Blood Disease | | | | | | | |
| 3. RESPIRATORIO | | | | | | | |
| A. Hayfever | | | | | | | |
| B. Asthma | | | | | | | |
| C. Emphysema | | | | | | | |
| D. Tuberculosis | | | | | | | |
| E. Lung Cancer | | | | | | | |
| F. Pneumonia | | | | | | | |
| G. Other Lung Disease | | | | | | | |
| 4. GASTRO- INTESTINAL | | | | | | | |
| A. Ulcer of stomach or duodenum | | | | | | | |
| B. Gallstone | | | | | | | |
| C. Hepatitis A | | | | | | | |
| D. Hepatitis B | | | | | | | |
| E. Other Liver Disease | | | | | | | |
| F. Colon Cancer | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| G. Ulcerative colitis | | | | | | | |
| H. Crohn's Disease | | | | | | | |
| I. Cystic Fibrosis | | | | | | | |
| J. Intestinal Cancer | | | | | | | |
| K. any other cancer problems of digestive system | | | | | | | |
| 5. METABÓLICO | | | | | | | |
| A. Diabetes Mellitus | | | | | | | |
| B. Hypoglycemia | | | | | | | |
| C. Thyroid Cancer | | | | | | | |
| D. Thyroid Disease | | | | | | | |
| E. Goiter | | | | | | | |
| F. Adrenal Dysfunction or Disorder | | | | | | | |
| G. Hyperactivity | | | | | | | |
| 6. URINARIO | | | | | | | |
| A. Kidney Disease | | | | | | | |
| B. Other disease of Urinary Tract | | | | | | | |
| C. Rectal Disorder | | | | | | | |
| 7. REPRODUCCIÓN GENITAL | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| A. Undescended Testicle | | | | | | | |
| B. Hypospadiasis | | | | | | | |
| C. Prostate | | | | | | | |
| D. Uterine Fibroids | | | | | | | |
| E. Ovarian Cancer | | | | | | | |
| F. Cancer of Ovaries Cervix, uterus | | | | | | | |
| 8.NEUROLÓGICO | | | | | | | |
| A. Migraines | | | | | | | |
| B. Mental Retardation | | | | | | | |
| C. Senility before age 50 | | | | | | | |
| D. Multiple sclerosis | | | | | | | |
| E. Cerebral Palsy | | | | | | | |
| F. Epilepsy | | | | | | | |
| G. Hydrocephalus (water on brain) | | | | | | | |
| H. Disorders of the Spinal Cord | | | | | | | |
| I. Huntington=s chorea | | | | | | | |
| J. Gaucher=s Disease | | | | | | | |
| K. Wilson=s Disease | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| L. Other Disease of the Nervous System | | | | | | | |
| 9. SALUD MENTAL | | | | | | | |
| A. Schizophrenia | | | | | | | |
| B. Manic Depressive | | | | | | | |
| C. Other mental health problems requiring hospitalization | | | | | | | |
| 10. MUSCULAR, HUESOS & ARTICULACIÓN | | | | | | | |
| A. Muscular Dystrophy | | | | | | | |
| B. Other chronic Muscle Disease | | | | | | | |
| C. Lupus | | | | | | | |
| D. Deformity of spine | | | | | | | |
| E. Osteoporosis | | | | | | | |
| F. Dwarfism | | | | | | | |
| G. Hereditary Low Back Disease | | | | | | | |
| H. Arthritis | | | | | | | |
| I. Gout | | | | | | | |

PSICO/SOCIAL:

Religión:

En que religion nació usted? _____

En que religion esta usted ahora? _____

Es usted ateo? _____ Agnóstico: _____

Que tan religiosa es usted?

_____Bastante_____Moderado_____Ocasionalmente _____Para nada.

POR FAVOR DE UNA BREVE DESCRIPCIÓN PERSONAL:

AUTORIZACIÓN PARA CHARLOTTE H. DANCIU,P.A. PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Social Security No.: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Yo autorizo a Charlotte H. Danciu, P.A., revelar la información médica personal descrita abajo.

El tipo y cantidad de información a revelar es la siguiente: (Incluir fechas apropiadas)

9 TODO HISTORIAL MÉDICO

9 TODO HISTORIAL MÉDICO DURANTE MI EMBARAZO INCLUYENDO NACIMIENTO, PARTO Y POST- PARTO

Yo entiendo que esta información puede incluir, si aplicable, información relacionada con enfermedades sexuales, SIDA (Infección VIH) y cualquier otra enfermedad contagiosa. También puede incluir información a cerca de comportamiento, salud mental, y records de tratamientos para abuso de sustancias ilegales y de alcohol (permitida por 42 CFR Part 2).

Esta información puede ser revelada a y usada por la siguiente persona u organización.

Abogado(s) para padre(s) adoptivos Padre(s) adoptivos
Agencia para padre(s) adoptivos Corte en conexión con la adopción

Otros: _____

Esta revelación de información sera usada para: Asuntos de Adopción

Yo comprendo que tengo autorización para revocar en cualquier momento, también entiendo que si decido revocar esta autorización, yo debo de hacerlo de manera escrita y presentar la revocación escrita a The Law Offices of Charlotte H. Danciu, P.A. Yo entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley provee a la persona derecho a hacer reclamo bajo mi poliza. Esta autorización expira en 1 año después de su fecha de firma.

Yo entiendo que la autorización de la revelación de esta información médica es totalmente voluntaria. También entiendo de que yo puedo rehusarme a firmar esta autorización y que mi negación no afecta mi habilidad para obtener trato, pago por servicios ó elegibilidad para beneficios.

Al firmar esta autorización, yo entiendo la información a revelar puede ser revelada nuevamente sin autorización y que la información puede no estar protegida por reglamentos federales de privacidad. Yo entiendo que yo puedo pedir una copia de esta autorización firmada. Una copia fotostática de esta autorización puede servir también.

Testigo Firma de individuo o Representante Legal

Fecha: _____ Relación con el Representado: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA A THE LAW OFFICES OF CHARLOTTE H. DANCIU, P.A.

Nombre del Paciente: _____ Número de Social Security (si aplicable): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Health Rec.# (si aplicable): _____

1. Yo autorizo el uso y revelación de información médica del individuo nombrado previamente y descrito abajo:
2. El siguiente individuo u organización esta autorizado para hacer la revelación:

3. El tipo y cantidad de información a usar es la siguiente:

- 9 lista de problemas 9 lista de alergias
- 9 lista de medicaciones 9 records de inmunizacion
- 9 resumen medico mas reciente 9 pagos, invoices, statements
- 9 historia fisica mas reciente 9 aplicaciones de reclamos de seguro

9 resulatos de laboratorio de (fecha) _____ hasta (fecha) _____

9 records de imagen y rayos-x de (fecha) _____ hasta (fecha) _____

9 reportes de consulta de (nombre del doctor) _____

9 record completo desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

9 otros _____

4. Yo entiendo que esta información puede incluir, si applicable, información relacionada con enfermedades sexuales, SIDA (Infección VIH) y cualquier otra enfermedad contagiosa. También puede incluir información a cerca de comportamiento, salud mental, y records de tratamientos para abuso de sustancias ilegales y de alcohol.

5. Esta información puede ser revelada a y usada por el siguiente individuo u organización:

The Law Offices of Charlotte H. Danciu, P.A.
202 N. Swinton Avenue, Delray Beach, FL 33444
para el proposito de: asuntos de adopción.

6 Yo comprendo que tengo autorización para revocar en cualquier momento, también entiendo que si decido revocar esta autorización, yo debo de hacerlo de manera escrita y presentar la revocación escrita a **The Law Offices of Charlotte H. Danciu, P.A.** Yo entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley provee a la persona derecho a hacer reclamo bajo mi póliza. Esta autorización expira en seis (6) meses; a menos de que se estipule una revocación en el siguiente día, evento o condición: _____.

7. Al firmar esta autorización, yo entiendo la información a revelar puede ser revelada nuevamente sin autorización y que la información puede no estar protegida por reglamentos federales de privacidad. Yo entiendo que yo puedo pedir una copia de esta autorización firmada. Una copia fotostática de esta autorización puede servir también. Si tengo preguntas a cerca de esta revelación de mi información médica, yo puedo contactar a un abogado o a **The Law Offices of Charlotte H. Danciu, P.A.**

Firma de Individuo o de Representante Legal Fecha

Nombre en printa y relación con el Representado

Firma de Testigo Fecha