



## Atención Post-Adopción

### **Datos familiares:**

Nombre y Apellidos del padre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Estudios: (marcar)

Primarios    Bachillerato    Medios (especificar)    Superiores (especificar)

---

Nombre y Apellidos de la madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Estudios: (marcar)

Primarios    Bachillerato    Medios (especificar)    Superiores (especificar)

---

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono/s: \_\_\_\_\_

### **Hijos biológicos: Sí \_\_\_ No \_\_\_**

Nombre y Apellidos de los hijos: *(rellenar en caso de tener hijos biológicos)*

\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Centro escolar: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Idioma en que se habla habitualmente en casa: \_\_\_\_\_

Otros familiares que convivan con la familia: \_\_\_\_\_

### **Datos de la adopción:**

Tipo de adopción y país: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de la adopción: \_\_\_\_\_

Asesoramiento y formación previos:

Si  No  Entidad/es: \_\_\_\_\_

Asesoramiento post-adopción:

Si  No  Entidad/es: \_\_\_\_\_

Tipo de intervención realizada: \_\_\_\_\_

¿Qué situaciones o alteraciones han desencadenado el acudir a este tipo de servicio profesional?

¿Cómo y cuándo se detectaron? ¿Se han originado por algún hecho o momento concreto?

### **Motivo de consulta**

### **Objetivos que se pretenden conseguir mediante este asesoramiento y/o intervención:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Datos del hijo/a:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad a la que fue adoptado: \_\_\_\_\_

Edad actual: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Informes que puedan aportar los padres:

*(De anteriores consultas, informe médico del orfanato, informes médicos del pediatra actual, informes de la escuela...).* Aportación de estos, si es posible, en la primera visita *(original o copia)*.

Profesionales que esten tratando al menor actualmente y área de intervención: