

**Declaración y certificado concerniente al estado de salud de los futuros padres adoptivos**

para ser presentado a petición del Comité de Protección de Menores o del tribunal en conformidad con el cap. 4 del Código que reglamenta la Paternidad y la Tutela

Los infrascritos, quienes tenemos el propósito de recibir y adoptar un menor,  
*Vi undertecknade som har för avsikt att motta och adoptera ett barn*

declaramos solemnemente en este acto que no tenemos conocimiento de sufrir  
*försäkrar härmed på heder och samvete att vi, oss veterligt, icke lider av eller*

o haber sufrido de tuberculosis o de alguna enfermedad nerviosa o psíquica  
*tidigare har lidit av tuberkulos, nervsjukdom eller psykisk sjukdom*

y que tampoco tenemos conocimiento de padecer de otra enfermedad  
*och att vi, oss veterligt, icke lider av annan sjukdom*

y han sido sometidos análisis del virus 'HIV'.  
*och har genomgått HIV-test.*

Fecha  
*Datum* .....

.....  
Firma del esposo  
*Mannens underskrift*

Atestiguan las firmas:  
*Bevittnas:*

.....  
Nombre  
*Namn*

.....  
Ocupación o profesión  
*Yrke*

.....  
Domicilio  
*Adress*

Por la presente se certifica que  
*Härmed intygas att*

.....  
Domicilio  
*Adress*

con fecha de hoy .....han sido examinados por mí y que  
*idag den har undersökts av mig och att de vid dessa*

el reconocimiento médico practicado no señala síntomas de enfermedad.  
*undersökningar icke har visat några symptom till sjukdom.*

Lugar y fecha .....  
*Datum och plats*

Firma del médico.....  
*Läkarens underskrift*

**Försäkran och intyg beträffande hälsotillståndet hos blivande adoptivföräldrar**

*lämnas på begäran av barnavårdsmyndighet eller domstol i enlighet med kapitel 4 i föräldrabalken*

.....  
Firma de la esposa  
*Hustruns underskrift*

.....  
Nombre  
*Namn*

.....  
Ocupación o profesión  
*Yrke*

.....  
Domicilio  
*Adress*

.....  
Nombre del esposo  
*Mannens namn*

.....  
Nombre de la esposa  
*Hustruns namn*