

## I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

### 3. OTRAS DISPOSICIONES

Consejería de Sanidad y Consumo  
Servicio Murciano de Salud

**12869 Corrección de errores a la Resolución de 29 de marzo de 2010, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se da publicidad al protocolo por el que se establece el Marco General entre el Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el establecimiento de cauces de comunicación y de coordinación de actuaciones en situaciones de desamparo de menores.**

Con fecha 29 de marzo de 2010, el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó Resolución por la que se daba publicidad al Protocolo por el que se establece el Marco General entre el Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el establecimiento de cauces de comunicación y de coordinación de actuaciones en situaciones de desamparo de menores, publicada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 96, de fecha 28 de abril de 2010.

Advertidos errores en los Anexos del Protocolo, al no haber incluido el logo de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración y haber adjuntado por error el Anexo 10 que no se corresponde con el que realmente acompañaba al Protocolo suscrito, se realiza la rectificación correspondiente en el sentido de añadir en los Anexos núm. 1 al 12 el citado logo y sustituir el Anexo 10.

En Murcia, 30 de junio de 2010.—El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, José Antonio Alarcón González.



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



### Anexo 1

Fecha  
n/ref<sup>a</sup>  
- unidad  
- expdt  
s/ref<sup>a</sup>  
asunto

Clave Rgtº .

Por la presente le informo que está previsto que **D.ª** con D.N.I./Pasaporte nº natural de , de años de edad, dé a luz próximamente (finales de de 2009) en ese hospital y que dicha mujer ha comparecido en nuestras oficinas, manifestando su deseo de que el bebé sea entregado por este Organismo en adopción.

Todo lo cual le comunico a los efectos de que tras producirse el alumbramiento le sea separado el menor a su madre y se nos comunique inmediatamente ya que ésta Dirección General asumirá la tutela del menor en el momento del nacimiento y se hará cargo de él tras su alta hospitalaria.

EL JEFE DE SECCIÓN DE PROTECCIÓN Y TUTELA.

Fdo.:



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



## Anexo 2

### MODELO DE RENUNCIA DE UN BEBE POR NACER

Yo \_\_\_\_\_  
con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_ nacida el \_\_\_\_\_  
de nacionalidad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
y domicilio \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Por la presente, expreso mi voluntad de hacer entrega del bebé del que estoy embarazada y cuyo parto está previsto el próximo día \_\_\_\_\_ en el Hospital \_\_\_\_\_ Soy consciente de que debo expresar por escrito mi voluntad en el momento del nacimiento e igualmente ratificar la decisión de entrega para adopción por la Administración al mes de haber nacido.

Firma de la Declarante

Fdo.:



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración  
Dirección General de Familia y Menor



### Anexo 3

#### MODELO PARA EL CONSENTIMIENTO DE DAR UN BEBE EN ADOPCIÓN

##### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Lea atentamente el documento siguiente antes de rellenarlo. No lo firme más que en el caso de comprenderlo plenamente. Tiene usted el derecho a recibir, si lo desea, una copia del presente documento.

Yo, Nombre: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Apellido \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> Apellido  
\_\_\_\_\_ con D.N.I. ó Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacido/a el  
\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, con domicilio  
en \_\_\_\_\_, ☎: \_\_\_\_\_,  
hijo/a de \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_,  
Nacionalidad \_\_\_\_\_

DECLARO QUE:

Presto libremente, sin presión ni coacción, mi consentimiento para solicitar la entrega en adopción del menor \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_.

1. Soy consciente que la adopción de dicho menor tendrá como efecto el establecimiento de una filiación con los padres adoptivos.
2. He sido informada de que puedo retirar mi consentimiento hasta el \_\_\_\_\_, teniendo que ratificar la solicitud de entrega del menor para adopción por la Entidad Pública en dicha fecha y teniendo prevista la ratificación en presencia de los funcionarios de:
  - Servicios Sociales de Atención Primaria.
  - Hospital donde he dado a luz.
  - Servicios Especializados de Protección de Menores.

Y que después de ésta, mi consentimiento será irrevocable.

3. He comprendido el sentido y el alcance de lo que precede:

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Declarante

Firma del Funcionario

Fdo.:

Fdo.:



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



## Anexo 4

### RATIFICACIÓN CONSENTIMIENTO

Yo, Nombre: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Apellido \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup>  
Apellido \_\_\_\_\_ con D.N.I. ó Pasaporte n<sup>o</sup>  
\_\_\_\_\_, nacida el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, con  
domicilio en \_\_\_\_\_, ☎:  
\_\_\_\_\_, hija de \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_,  
Estado Civil \_\_\_\_\_, Nacionalidad \_\_\_\_\_

DECLARO: Transcurridos los 30 días desde mi consentimiento en la solicitud para la  
adopción. Ratifico mi consentimiento, sabiendo que después de esta fecha será  
irrevocable.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma la Declarante.

Firma el Técnico.

Fdo.:

Fdo.:



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración  
Dirección General de Familia y Menor



### Anexo 5

#### ENTREGA VOLUNTARIA DE UNA MENOR

Yo, \_\_\_\_\_, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacida el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Por la presente, expresamos nuestra voluntad de hacer entrega del bebé del que está embarazada y cuyo parto está previsto el próximo día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ en el Hospital \_\_\_\_\_.

Somos conscientes de que debemos expresar por escrito nuestra voluntad en el momento del nacimiento e igualmente ratificar la decisión de entrega para adopción por la Administración al mes de haber nacido.

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



### Anexo 6

#### DECLARACION CONSENTIMIENTO PADRES MENOR

Yo, \_\_\_\_\_, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacida el  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad  
\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad  
\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Prestamos libremente, sin presión ni coacción, nuestro consentimiento para solicitar la entrega en adopción del menor  
\_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ en el  
Hospital \_\_\_\_\_.

Somos conscientes de que la adopción de dicho menor tendrá como efecto el establecimiento de una afiliación con los padres adoptivos.  
Hemos sido informados de que podemos retirar nuestro consentimiento hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, teniendo que ratificar la solicitud de  
entrega del menor para adopción por la Entidad Pública en dicha fecha y teniendo prevista la ratificación en presencia de los funcionarios de:

- Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Hospital donde dio a luz.
- Servicios Especializados de Protección de Menores.

Y que después de ésta, mi consentimiento será irrevocable.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



### Anexo 7

#### RATIFICACION CONSENTIMIENTO PADRES MENOR

Yo, \_\_\_\_\_, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacida el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

DECLARAMOS: Transcurridos los 30 días desde nuestro consentimiento en la solicitud para la adopción. Nos ratificamos en el mismo, sabiendo que después de esta fecha será irrevocable.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



## Anexo 8

**Fecha  
n/ref<sup>a</sup>  
- unidad  
- expte.      Clave Rgt<sup>o</sup>  
s/ref<sup>a</sup>  
asunto:**

Hospital

Ruego se informe a esta Sección de Protección y Tutela en caso de que se produzca el nacimiento en ese Hospital de un bebé, hijo de **D<sup>a</sup>** , con D.N.I.:    y F.N.:    , y que la Dirección General competente asumirá la tutela del menor en el momento del nacimiento y se hará cargo de él tras su alta hospitalaria.

El menor debe ser separado de su madre, tras el alumbramiento y no podrá ser entregado a ninguna persona que no haya sido autorizada previamente por esta Entidad Pública.

Ha manifestado en comparecencia de fecha de 00/00/2009 estar embarazada de 31 semanas y querer dar en adopción a su futuro hijo cuando dé a luz.

EL JEFE DE SECCION DE PROTECCION  
Y TUTELA.

Fdo.:



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



## Anexo 9

Fecha  
n/refª  
unidad  
expdt.:  
clave Rgtº  
s/refª  
asunto:

D.

Por la presente y como interesado en el procedimiento que se sigue en este Servicio de Protección de Menores, se le convoca al **Acto de Entrevista** que tendrá lugar el próximo día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ en las oficinas del Servicio de Protección de Menores, sitas en Travesía del Rocío, nº 8, Edificio Lago (junto a Carrefour Atalayas) de esta capital, teléfono: 968/27.31.60. para tratar sobre el/los menor/es \_\_\_\_\_.

EL JEFE DE SECCION  
DE PROTECCION Y TUTELA.

Fdo.:



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



## **Anexo 10**

# **INFORME**

Motivo del Informe:

Emitido por:

Dirigido a:

---

### **1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

#### **1.1.- Relativos a los menores:**

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

#### **1.2.- Relativos a los padres:**

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

D.N.I.:

Domicilio:

C.P.:

Teléfono:



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



2. Relato de lo sucedido (del menor, sus tutores y/o acompañantes).
3. Actitud de los tutores y/o acompañantes hacia las indicaciones que se les da y hacia los cuidados sanitarios del menor.
4. Conducta y comportamiento de los tutores y/o acompañantes (visitas, alimentación, interacción entre ellos, conducta del menor en ausencia de los adultos).
5. Cualquier otra información que consideren relevante (ingresos anteriores en el hospital por la misma causa, reiterada asistencia a urgencias, etc).
6. Situación familiar actual.
  - 6.1.- Composición del núcleo familiar.
  - 6.2.- Dinámica familiar.
  - 6.3.- Sistemas de apoyo (familia extensa que pueda responsabilizarse de los menores.
  - 6.4.- Situación de la vivienda.
  - 6.5.- Datos económicos y laborales.
  - 6.6.- Situación sanitaria.
  - 6.7.- Situación escolar.
  - 6.8.- Conexión con redes sociales.

*Todo lo anterior acompañado del correspondiente informe clínico sobre el estado actual, diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico del menor.*

Murcia, a \_\_\_\_\_

Fdo:



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



## Anexo 11

, Jefe de Sección de Protección y Tutela del Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Familia y Menor, de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

### HAGO CONSTAR:

Que con fecha se ha asumido la tutela por procedimiento de urgencia del menor (con fecha de nacimiento / / ) y se ha delegado su guarda **-a-** en el director del centro de protección, o **-b-** en D y Dña .

El menor no podrá ser retirado ni visitado por persona alguna que no haya sido autorizada por este Organismo.

Lo que firmo a los efectos oportunos en Murcia, a...de..... de.....



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor



## Anexo 12

D. \_\_\_\_\_, Jefe de Sección de Protección y Tutela del Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Familia y Menor de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

**AUTORIZO** a D. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, a trasladar al menor \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ tutelado por este Organismo por el procedimiento de urgencia, desde el Hospital \_\_\_\_\_ al centro \_\_\_\_\_ situado en \_\_\_\_\_.

Lo que firmo a los efectos oportunos en Murcia, a

.....