

Informe médico del solicitante- CONFIDENCIAL
Applicant Medical Report - CONFIDENCIAL

DATE
FECHA

Section 1: Completed by applicant. Return to local Licensing Division office.

Sección 1: Contestada por el solicitante. Entregar a la oficina local de la División de Licencias.

MEDICAL PROVIDER PROVEEDOR MÉDICO		PHONE AND FAX NUMBER (AREA CODE) TELÉFONO Y FAX (CÓDIGO DE ÁREA)		LOCAL LICENSING DIVISION OFFICE: OFICINA LOCAL DE LA DIVISIÓN DE LICENCIAS:	
ADDRESS NAME/LOCATION DIRECCIÓN / UBICACIÓN					
CITY CIUDAD		STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO POSTAL		
NAME OF APPLICANT NOMBRE DEL SOLICITANTE					DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO

I hereby authorize my medical provider to release my medical history information including, but not limited to, information on the issues I have initialed below. This information is required as part of a home study for foster care and/or adoption.

This release of information is valid for one year from the date of my signature. **NOTE: Be sure to initial each line and sign.**

___ mental illness, ___ alcohol and drug concerns, ___ sexual and/or physical abuse, ___ domestic violence.

Por medio de la presente autorizo a mi proveedor de atención médica para divulgar la información de mi historia clínica, incluyendo entre otras cosas, información sobre los temas que he marcado con mis iniciales más adelante. Se requiere esta información como parte de un estudio del hogar para cuidado suplente o adopción.

Este permiso de divulgación de información tiene validez por un año a partir de la fecha de mi firma. **NOTA: Recuerde poner sus iniciales y firmar cada renglón.**

___ enfermedad mental, ___ problemas con alcohol o drogas, ___ abuso sexual o maltrato físico,
___ violencia doméstica.

SIGNATURE OF APPLICANT
FIRMA DEL SOLICITANTE

DATE
FECHA

Section 2: Completed by Medical Provider. Return to local Licensing Division office listed above.

Sección 2: Contestada por el proveedor médico. Entregar a la oficina local de la División de Licencias antes mencionada.

DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION) FECHA DEL EXAMEN FÍSICO MÁS RECIENTE (DEBE HABERSE REALIZADO EN LOS 12 MESES PREVIOS A LA SOLICITUD)			DATE FIRST SEEN BY PROVIDER FECHA EN QUE EL PROVEEDOR LO ATENDIÓ POR PRIMERA VEZ		
DATE OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE TUBERCULOSIS (SÓLO PARA LICENCIAS)	RESULTS OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) RESULTADOS DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE TUBERCULOSIS (SOLO PARA LICENCIAS)	*DATE OF LAST TDAP *FECHA DE LA ÚLTIMA TDAP	*DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE (FOR LICENSING ONLY) *FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (SÓLO PARA LICENCIAS)		
SPECIALIST REFERRED TO ESPECIALISTA AL QUE SE DERIVÓ		ADDRESS OF SPECIALIST DIRECCIÓN DEL ESPECIALISTA			

***Required if caring for children under the age of two or medically fragile children**

***Obligatorio si va a cuidar a niños menores de dos años o a niños con fragilidad médica**

REASON FOR REFERRAL MOTIVO PARA LA DERIVACIÓN		
CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING PROBLEMAS MÉDICOS CRÓNICOS O FRECUENTES Y ANTECEDENTES MÉDICOS SIGNIFICATIVOS		
CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS DIAGNÓSTICO MÉDICO ACTUAL		
CURRENT MEDICATIONS: PLEASE STATE THE PURPOSE OF THE MEDICATION, ANTICIPATED SIDE EFFECTS AND CONCERNS IF THE MEDICATION IS NOT TAKEN, AND HOW IT AFFECTS DAILY FUNCTIONING MEDICAMENTOS ACTUALES: EXPLIQUE EL PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO, EFECTOS SECUNDARIOS PREVISTOS, Y POSIBLES PROBLEMAS SI NO TOMA EL MEDICAMENTO, Y CÓMO AFECTA SU FUNCIONAMIENTO COTIDIANO		
PROGNOSIS PRONÓSTICO		
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN DESCRIBA CÓMO EL TRASTORNO MÉDICO AFECTA EL CUIDADO DE NIÑOS ADICIONALES		
COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN? COMENTARIOS O IMPRESIONES: ¿EL SOLICITANTE ES CAPAZ DE CUIDAR A UNO O MÁS NIÑOS ADICIONALES?		
MEDICAL PROVIDER SIGNATURE FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO	PRINT NAME NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	DATE FECHA

***Required if caring for children under the age of two or medically fragile children**
***Obligatorio si va a cuidar a niños menores de dos años o a niños con fragilidad médica**