

የአመልካች የህክምና ሪፖርት - ሚስጥራዊ
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE
ቀን

Section 1: Completed by applicant. Return to local Licensing Division office.
ክፍል 1:- በአመልካች የሚሞላ:: ወደ አካባቢያዊ ፈቃድ መስጫ ክፍል ጽ / ቤት ይመለሱ::

MEDICAL PROVIDER የሕክምና ተንከባካቢ	PHONE AND FAX NUMBER (AREA CODE) ስልክ እና የፋክስ ቁጥር (አካባቢ ኮድ)	LOCAL LICENSING DIVISION OFFICE: ለአካባቢ ፈቃድ መስጫ ክፍል ጽ / ቤት:	
ADDRESS NAME/LOCATION የአድራሻ ስም / አካባቢ			
CITY ከተማ	STATE ግዛት	ZIP CODE የፖስታ ዚፕ ኮድ	

NAME OF APPLICANT የአመልካች ስም	DATE OF BIRTH የትውልድ ቀን
--------------------------------	---------------------------

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.

ከዚህ በታች የጠቀስኳቸውን ጉዳዮችን ጨምሮ ግን በዚህ ሳያበቃ የጤና እንክብካቤ ሰጪዬን የህክምና ታሪኬን መረጃ እንዲለቀቅ ፈቃድ ሰጥቻለሁ:: ለማደግ እንክብካቤ እና / ወይም ጉዳይ ላይ መረጃ እንደ የቤት ጥናት አካል ያስፈልጋል::

ይህ የመረጃ መለቀቅ የእኔ ፊርማ ከገባበት ቀን ጀምሮ ለአንድ ዓመት ያህል ይሠራል:: **ማሳሰቢያ:- እያንዳንዱን መስመር ላይ ምልክት ማድረግ እና መፈረም ያረጋግጡ::**

_____ የአዕምሮ ህመም፣ _____ የአልኮል እና ዕጽ ችግሮች፣ _____ ወሲባዊ እና / ወይም አካላዊ ጥቃቶች፣ _____ የቤት ውስጥ ጥቃት::

SIGNATURE OF APPLICANT
የአመልካች ፊርማ

DATE
ቀን

Section 2: Completed by Medical Provider. Return to local Licensing Division office listed above.
ክፍል 2:- በሕክምና አቅራቢ የሚሞላ:: ከዚህ በላይ በተዘረዘረው የአካባቢ የፍቃድ ሰጪ ክፍል ጽ / ቤት ይመለሱ::

DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION) በጣም የቅርብ ጊዜ የአካል ምርመራ (ማመልከቻው ከመጣቱ በ 12 ወራት ውስጥ መሆን አለበት)	DATE FIRST SEEN BY PROVIDER በአቅራቢው ለመጀመሪያ ጊዜ የታየበት ቀን		
DATE OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) የመጨረሻው የቲቢ ምርመራ ቀን (ለፈቃድ ሰጪ ክፍት ብቻ)	RESULTS OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) የመጨረሻው የቲቢ ምርመራ ውጤቶች (ለፈቃድ ሰጪ ክፍት ብቻ)	*DATE OF LAST *TDAP የመጨረሻው TDAP ቀን	*DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE (FOR LICENSING ONLY) *የመጨረሻው የኢንፍሉዌንሻ ክትባት ቀን (ለፈቃድ ሰጪ ክፍት ብቻ)
SPECIALIST REFERRED TO የተመራው የልዩ ባለሙያ	ADDRESS OF SPECIALIST የልዩ ባለሙያ አድራሻ		
REASON FOR REFERRAL የተመራበት ምክንያት			

CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING
ከባድ / ተደጋጋሚ የሕክምና ጉዳዮች አስፈላጊ የድሮ የህክምና ታሪክ:

***ከሁለት ዓመት በታች ወይም ከጤና አኳያ ደካማ ለሆኑ ህጻናት እንክብካቤ የሚደረግ ከሆነ የሚያስፈልግ**

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS
ወቅታዊ የህክምና ምርመራና ጨምሮ

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
ወቅታዊ ሕክምናዎች: እባክዎን የመድኃኒቱን ዓላማ ይግለጹ ፣ መድሀኒቱ ካልተወሰደ የታየባቸው የንጎሽ ጉዳቶች እና ስጋቶች እና እንዴት የዕለት ተዕለት ተግባሩን እንደሚተገበር ይግለጹ።

PROGNOSIS
መርገግብር

PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN
ማንኛውም የጤና ሁኔታ ተጨማሪ የልጆች እንክብካቤን እንዴት እንደሚካካ እባክዎን ይግለጹ።

COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN?
አስተያየቶች/አመለካከቶች: አመልካቹ ለተጨማሪ ህጻን ወይም ህፃናት እንክብካቤ የማድረግ ችሎታ አለው?

MEDICAL PROVIDER SIGNATURE የህክምና አቅራቢ ፊርማ	PRINT NAME ስም	DATE ቀን
--	------------------	------------

***ከሁለት ዓመት በታች ወይም ከጤና አኳያ ደካማ ለሆኑ ህጻናት እንክብካቤ የሚደረግ ከሆነ የሚያስፈልግ**