



Section 1: Completed by Applicant	
Odjeljak 1: Ispunjavanje podnositelja zahtjeva	
MEDICAL PROVIDER NAME IME PRUŽAOCA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	
PHONE NUMBER BROJ TELEFONA	FAX NUMBER BROJ FAKSA
ADDRESS OR NAME AND LOCATION OF MEDICAL OFFICE/PRACTICE/CLINIC ADRESA ILI NAZIV I LOKACIJA ZDRAVSTVENE USTANOVE/ ORDINACIJE/KLINIKE	
NAME OF APPLICANT IME PODNOSIOCA ZAHTJEVA	DATE OF BIRTH DATUM ROĐENJA
<p>I hereby authorize my medical provider to release my medical history information including, but not limited to, information on the issues I have checked 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.</p> <p>NOTE: Be sure to check each line <u>and</u> sign.</p> <p><input type="checkbox"/> mental health <input type="checkbox"/> sexual and/or physical abuse <input type="checkbox"/> alcohol and drug concerns <input type="checkbox"/> domestic violence</p> <p>Ovime ovlašćujem svog pružaoca zdravstvene zaštite da dostavi informacije o mojoj povijesti bolesti, uključujući, ali ne ograničavajući se na, informacije o zdravstvenim stanjima koje sam označio/la u nastavku. Ove informacije su potrebne kao dio procjene za udomljavanje i/ili posvojenje. Ova saglasnost za otkrivanje informacija vrijedi godinu dana od datuma mog potpisivanja.</p> <p>NAPOMENA: Obavezno provjerite svaki red <u>i</u> potpišite.</p> <p><input type="checkbox"/> mentalno <input type="checkbox"/> zdravlje seksualno i/ili fizičko zlostavljanje <input type="checkbox"/> problemi sa alkoholom i drogama <input type="checkbox"/> porodično nasilje</p>	
SIGNATURE OF APPLICANT IME PODNOSIOCA ZAHTJEVA	DATE POTPIS PODNOSIOCA
Section 2: Completed by LD/CPA Staff	
Odjeljak 2: Popunjavanje osoblje LD/CPA	
LICENSOR NAME IME DAVATELJA LICENCE	LICENSING DIVISION OFFICE MAILING ADDRESS AND FAX NUMBER POŠTANSKA ADRESA I BROJ FAKSA UREDA ODJELA ZA LICENCIRANJE
Section 3: Completed by Medical Provider. Return to local Licensing Division office listed in Section 2.	
Odjeljak 3: Popunjavanje pružalac zdravstvene zaštite Poslati natrag lokalnom uredu Odjela za licenciranje navedenom u Odjeljku 2.	
DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION) DATUM ZADNJEG LJEKARSKOG PREGLEDA (MORA BITI UNUTAR 12 MJESECI OD PODNOŠENJA ZAHTJEVA)	DATE FIRST SEEN BY PROVIDER DATUM PRVOG PREGLEDA OD STRANE PRUŽAOCA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES (INCLUDING SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY) HRONIČNE/ČESTE ZDRAVSTVENE TEGOBE (UKLJUČUJUĆI ZNAČAJNU POVIJEST BOLESTI)	

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS TRENUTNA MEDICINSKA DIJAGNOZA		
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 SADAŠNJA TERAPIJA LIJEKOVIMA: MOLIMO NAVEDITE SVRHU LIJEKA, OČEKIVANE NUSPOJAVE I MOGUĆE POSLJEDICE AKO SE LIJEK NE UZIMA TE KAKO UTIČE NA SVAKODNEVNO FUNKCIONISANJE.		
PROGNOSIS PROGNOZE		
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN MOLIMO OPIŠITE KAKO BILO KOJE ZDRAVSTVENO STANJE UTIČE NA BRIGU O DODATNOJ DJECI.		
COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN? KOMENTARI/DOJMOVI: DA LI JE PODNOSILAC ZAHTJEVA SPOSOBAN BRINUTI SE O DODATNOM DJETETU ILI DJECI?		
SPECIALIST REFERRED TO (IF APPLICABLE) SPECIJALISTA KOJEM SE UPUĆUJE (AKO JE PRIMJENJIVO)		
FAX NUMBER OF SPECIALIST (IF APPLICABLE) BROJ FAKSA SPECIJALISTE (AKO JE PRIMJENJIVO)		
REASON FOR REFERRAL (IF APPLICABLE) RAZLOG UPUĆIVANJA (AKO JE PRIMJENJIVO)		
MEDICAL PROVIDER SIGNATURE IME PRUŽAOCA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE		
MEDICAL PROVIDER NAME IME PRUŽAOCA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	SIGNATURE POTPIS	DATE POTPIS PODNOSIOCA