

## Raportul medical al solicitantului –

**CONFIDENȚIAL**

Applicant Medical Report - **CONFIDENTIAL**

DATE  
DATA

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

**Secțiunea 1: Completată de către solicitant. A se returna către biroul local al Diviziei de acreditare.**

MEDICAL PROVIDER FURNIZOR MEDICAL	PHONE AND FAX NUMBER (AREA CODE) NUMĂR DE TELEFON ȘI DE FAX (PREFIXUL)	LOCAL LICENSING DIVISION OFFICE: BIRoul LOCAL AL DIVIZIEI DE ACREDITARE:	
ADDRESS NAME/LOCATION NUMELE/LOCAȚIA ADRESEI			
CITY ORAȘUL	STATE STATUL	ZIP CODE CODUL POȘTAL	
NAME OF APPLICANT NUMELE SOLICITANTULUI			DATE OF BIRTH DATA NAȘTERII

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.

Prin prezenta, îl autorizez pe furnizorul meu medical să emită informațiile privind istoricul meu medical, inclusiv, dar fără limitare la, informațiile privind chestiunile pentru care mi-am trecut inițialele mai jos. Aceste informații sunt necesare ca parte dintr-un studiu al unei locuințe pentru luare în plasament și/sau adopție.

Această eliberare de informații este valabilă timp de un an de la data semnăturii mele. **NOTĂ: Asigurați-vă că treceți inițialele pe fiecare rând și semnați.**

\_\_\_\_\_ boală psihică, \_\_\_\_\_ probleme privind alcoolul și drogurile, \_\_\_\_\_ abuz sexual și/sau fizic, \_\_\_\_\_ violență domestică.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF APPLICANT  
SEMNĂTURA SOLICITANTULUI

\_\_\_\_\_  
DATE  
DATA

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

**Secțiunea 2: Completată de către furnizorul medical. A se returna către biroul local al Diviziei de acreditare menționat mai sus.**

DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION) DATA CELUI MAI RECENT EXAMEN FIZIC (TREBUIE SĂ FIE ÎN TERMEN DE 12 LUNI DE LA SOLICITARE)		DATE FIRST SEEN BY PROVIDER DATA PRIMULUI EXAMEN EFECTUAT DE CĂTRE FURNIZOR	
DATE OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) DATA ULTIMEI ANALIZE TB (EXCLUSIV PENTRU ACREDITARE)	RESULTS OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) REZULTATELE ULTIMEI ANALIZE TB (EXCLUSIV PENTRU ACREDITARE)	*DATE OF LAST TDAP *DATA ULTIMULUI TDAP	*DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE (FOR LICENSING ONLY) *DATA ULTIMULUI VACCIN ANTIGRI PAL (EXCLUSIV PENTRU ACREDITARE)
SPECIALIST REFERRED TO SPECIALISTUL CĂRUIA I SE ADRESEAZĂ TRIMITEREA		ADDRESS OF SPECIALIST ADRESA SPECIALISTULUI	
REASON FOR REFERRAL MOTIVUL TRIMITERII			

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

**\*Obligatoriu în cazul îngrijirii copiilor sub vârsta de doi ani sau a copiilor fragili sub aspect medical**

CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING PROBLEME MEDICALE CRONICE / FRECVENTE SEMNIFICATIVE ÎN ISTORICUL MEDICAL ANTERIOR, PRINTRE CARE		
CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS DIAGNOSTICUL MEDICAL 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 MEDICAȚIILE ACTUALE: VĂ RUGĂM SĂ PRECIZAȚI SCOPUL MEDICAȚIEI, EFECTELE SECUNDARE ANTICIPATE ȘI PREOCUPĂRILE ÎN CAZUL ÎN CARE NU ESTE LUATĂ MEDICAȚIA ȘI MODUL ÎN CARE ACEST ASPECT AFECTEAZĂ FUNCȚIONAREA ZILNICĂ		
PROGNOSIS PROGNOZĂ		
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN VĂ RUGĂM SĂ DESCRIEȚI MODUL ÎN CARE ORICE AFECȚIUNE MEDICALĂ AFECTEAZĂ ÎNGRIJIREA UNOR COPII SUPLIMENTARI		
COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN? COMENTARIU / IMPRESII: SOLICITANTUL ESTE CAPABIL SĂ ÎNGRIJEASCĂ DE ÎNCĂ UN COPIL SAU DE MAI MULȚI COPII?		
MEDICAL PROVIDER SIGNATURE SEMNĂTURA FURNIZORULUI MEDICAL	PRINT NAME NUMELE TIPĂRIT	DATE DATA

**\*Required if caring for children under the age of two or medically fragile children**  
**\*Obligatoriu în cazul îngrijirii copiilor sub vârsta de doi ani sau a copiilor fragili sub aspect medical**