

Applicant Medical Report – CONFIDENTIAL
Báo Cáo Y Tế Của Người Nộp Đơn - MẬT

DATE
NGÀY

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

Mục 1: Được hoàn tất bởi người nộp đơn. Gửi lại văn phòng Nha Cấp Phép địa phương.

MEDICAL PROVIDER NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ	PHONE AND FAX NUMBER (AREA CODE) SỐ ĐIỆN THOẠI VÀ FAX (MÃ VÙNG)	LOCAL LICENSING DIVISION OFFICE: VĂN PHÒNG NHA CẤP PHÉP ĐỊA PHƯƠNG:	
ADDRESS NAME/LOCATION TÊN ĐỊA CHỈ/ĐỊA ĐIỂM			
CITY THÀNH PHỐ	STATE TIỂU BANG	ZIP CODE MÃ VÙNG	
NAME OF APPLICANT TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN			DATE OF BIRTH NGÀY SINH

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.

Do đó, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi tiết lộ thông tin bệnh sử của tôi bao gồm, nhưng không giới hạn, thông tin về các vấn đề tôi đã bắt đầu dưới đây. Thông tin này được yêu cầu là một phần của việc nghiên cứu tại nhà về chăm sóc nuôi dưỡng và/hoặc nhận con nuôi.

Việc tiết lộ thông tin này có giá trị một năm kể từ ngày ký tên của tôi. **LƯU Ý: Đừng quên bắt đầu mỗi dòng và ký tên.**

_____ bệnh thần kinh, _____ các quan ngại về rượu bia và ma túy, _____ lạm dụng tình dục và/hoặc thể xác, _____ bạo hành gia đình.

SIGNATURE OF APPLICANT
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

DATE
NGÀY

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

Mục 2: Được Hoàn Tất Bởi Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế. Gửi lại văn phòng Nha Cấp Phép địa phương được liệt kê trên đây.

DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION) NGÀY KHÁM SỨC KHỎE GẦN ĐÂY NHẤT (PHẢI TRONG VÒNG 12 THÁNG CỦA ĐƠN XIN)		DATE FIRST SEEN BY PROVIDER NGÀY XEM TRƯỚC TIÊN CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ	
DATE OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) NGÀY XÉT NGHIỆM LAO SAU CÙNG (CHỈ DÀNH ĐỂ CẤP PHÉP)	RESULTS OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) NGÀY VÀ CÁC KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM LAO SAU CÙNG (CHỈ DÀNH ĐỂ CẤP PHÉP)	*DATE OF LAST TDAP *NGÀY TIÊM VẮC XIN TDAP (SỞI, UỖN VẮN, BẠCH HẦU, HO GÀ) SAU CÙNG	*DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE (FOR LICENSING ONLY) *NGÀY TIÊM VẮC XIN CÚM SAU CÙNG (CHỈ DÀNH ĐỂ CẤP PHÉP)
SPECIALIST REFERRED TO BÁC SĨ CHUYÊN KHOA ĐƯỢC GIỚI THIỆU ĐẾN	ADDRESS OF SPECIALIST ĐỊA CHỈ CỦA BÁC SĨ CHUYÊN KHOA		

***Required if caring for children under the age of two or medically fragile children**
***Bắt buộc nếu giữ trẻ dưới hai tuổi hoặc trẻ có sức khỏe kém**

REASON FOR REFERRAL LÝ DO GIỚI THIỆU		
CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING BỆNH SỬ ĐÁNG KỂ TRƯỚC KIA BAO GỒM CÁC VẤN ĐỀ MÃN TÍNH / THƯỜNG XUYÊN		
CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS CHẨN ĐOÁN BỆNH HIỆN TẠI		
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 THUỐC ĐIỀU TRỊ HIỆN TẠI: XIN NÓI RÕ MỤC ĐÍCH CỦA THUỐC ĐIỀU TRỊ, PHẢN ỨNG PHỤ ĐƯỢC DỰ ĐOÁN VÀ CÁC QUAN NGẠI NẾU THUỐC ĐIỀU TRỊ KHÔNG ĐƯỢC DÙNG VÀ CÁCH THỨC NÓ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG HÀNG NGÀY.		
PROGNOSIS TIỀN LƯỢNG BỆNH		
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN XIN MÔ TẢ CÁCH THỨC MÀ BẤT KỲ TÌNH TRẠNG BỆNH NÀO CŨNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC GIỮ THÊM TRẺ		
COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN? Ý KIẾN/ CẢM TƯỞNG: NGƯỜI NỘP ĐƠN CÓ KHẢ NĂNG GIỮ THÊM MỘT TRẺ HAY CÁC TRẺ KHÔNG?		
MEDICAL PROVIDER SIGNATURE CHỮ KÝ CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ	PRINT NAME VIẾT IN TÊN	DATE NGÀY

***Required if caring for children under the age of two or medically fragile children**
***Bắt buộc nếu giữ trẻ dưới hai tuổi hoặc trẻ có sức khỏe kém**