|  |  |
| --- | --- |
|  | LICENSING DIVISION (LD)**Informe médico del solicitante****CONFIDENCIAL****Applicant Medical Report CONFIDENTIAL** |
| **Section 1: Completed by Applicant** **Sección 1: Contestada por el solicitante** |
| MEDICAL PROVIDER NAMENOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO |
| PHONE NUMBERNÚMERO DE TELÉFONO | FAX NUMBERNÚMERO DE FAX |
| ADDRESS OR NAME AND LOCATION OF MEDICAL OFFICE/PRACTICE/CLINIC DIRECCIÓN O NOMBRE Y UBICACIÓN DEL CONSULTORIO/CLINICA |
| NAME OF APPLICANTNOMBRE DEL SOLICITANTE | DATE OF BIRTHFECHA 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 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. **NOTE: Be sure to check each line and sign.**[ ]  mental health [ ]  sexual and/or physical abuse[ ]  alcohol and drug concerns [ ]  domestic violencePor 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 más adelante. Se requiere esta información como parte de un estudio del hogar para cuidado de crianza o adopción. Este permiso de divulgación de información tiene validez por un año a partir de la fecha de mi firma. **NOTA: Recuerde marcar y firmar cada renglón.**[ ]  salud mental [ ]  abuso sexual y maltrato físico[ ]  problemas con el alcohol o las drogas [ ]  violencia doméstica |
| SIGNATURE OF APPLICANT FIRMA DEL SOLICITANTE | DATE FECHA |
| **Section 2: Completed by LD/CPA Staff** **Sección 2: Contestada por el personal de la LD/CPA** |
| LICENSOR NAME NOMBRE DEL LICENCIADOR | LICENSING DIVISION OFFICE MAILING ADDRESS AND FAX NUMBER DIRECCIÓN POSTAL Y NÚMERO DE FAX DE LA OFICINA DE LA DIVISIÓN DE LICENCIAS |
| **Section 3: Completed by Medical Provider. Return to local Licensing Division office listed in Section 2.** **Sección 3: Contestada por el proveedor médico. Entregar a la oficina local de la División de Licencias mencionada en la sección 2.**  |
| 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   |

|  |
| --- |
| CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES (INCLUDING SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY)PROBLEMAS MÉDICOS CRÓNICOS O FRECUENTES (INCLUYEN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS SIGNIFICATIVOS) |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| CURRENT MEDICAL DIAGNOSISDIAGNÓSTICO 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 FUNCTIONINGMEDICAMENTOS ACTUALES: EXPLIQUE EL PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO, EFECTOS SECUNDARIOS PREVISTOS, Y POSIBLES PROBLEMAS SI NO TOMA EL MEDICAMENTO, Y CÓMO AFECTA SU FUNCIONAMIENTO COTIDIANO  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| PROGNOSISPRONÓSTICO |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 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? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| SPECIALIST REFERRED TO (IF APPLICABLE)ESPECIALISTA AL QUE SE DERIVÓ (SI CORRESPONDE) |
| FAX NUMBER OF SPECIALIST (IF APPLICABLE)NÚMERO DE FAX DEL ESPECIALISTA (SI CORRESPONDE) |

|  |
| --- |
| REASON FOR REFERRAL (IF APPLICABLE)MOTIVO DE LA DERIVACIÓN (SI CORRESPONDE) |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDICAL PROVIDER SIGNATURE****FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO** |
| MEDICAL PROVIDER NAMENOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO   | SIGNATUREFIRMA | DATEFECHA |