

تقرير مقدم الطلب الطبي - سري
Applicant Medical Report - **CONFIDENTIAL**

DATE
التاريخ

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

الجزء الأول: يملؤه مقدم الطلب. ويعاد إلى مكتب قسم الترخيص المحلي.

LOCAL LICENSING DIVISION OFFICE: مكتب قسم الترخيص المحلي:	PHONE AND FAX NUMBER (AREA CODE) رقم الهاتف والفاكس (رمز المنطقة)	MEDICAL PROVIDER مقدم الرعاية الطبية	
	ADDRESS NAME/LOCATION اسم العنوان / الموقع		
	ZIP CODE الرمز البريدي	STATE الولاية	CITY المدينة
DATE OF BIRTH تاريخ الميلاد	NAME OF APPLICANT اسم مقدم الطلب		

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.

بموجب هذا، أصرح لمقدم الخدمة الطبية الخاص بي بنشر معلومات التاريخ الطبي الخاصة بي، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات المتعلقة بالمشكلات التي وقّعت عليها بالأحرف الأولى من اسمك أدناه. وهذه المعلومات مطلوبة كجزء من دراسة منزلية للرعاية البديلة و / أو التبني. كما أن هذا النشر للمعلومات ساريًا لمدة عام واحد من تاريخ توقيعك. **ملاحظة: تأكد من التوقيع على كل سطر بالأحرف الأولى من اسمك.**

_____ اضطراب نفسي، _____ قلق بشأن الكحول والمواد المخدرة، _____ اعتداء جنسي و/أو بدني، _____ عنف منزلي.

DATE
التاريخ

SIGNATURE OF APPLICANT
توقيع مقدم الطلب

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

الجزء الثاني: يملؤه مقدم الرعاية الطبية ويعاد إلى مكتب قسم الترخيص المحلي المذكور أعلاه.

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER تاريخ أول زيارة من قبل مقدم الرعاية	DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION) تاريخ آخر فحص بدني (يجب أن يكون في غضون 12 شهرًا من تقديم الطلب)		
DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE (FOR LICENSING ONLY) تاريخ آخر لقاح للإنفلونزا (خاص بالجهات مانحة الترخيص فقط)	DATE OF LAST TDAP تاريخ آخر لقاح للتيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي (TDAP)	RESULTS OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) نتائج آخر اختبار لمرض السل (خاص بالجهات مانحة الترخيص فقط)	DATE OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) تاريخ آخر اختبار لمرض السل (خاص بالجهات مانحة الترخيص فقط)
ADDRESS OF SPECIALIST عنوان الأخصائي		SPECIALIST REFERRED TO تمت الإحالة إلى أخصائي	
REASON FOR REFERRAL سبب الإحالة			

CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING
المشكلات الطبية المزمنة / المتكررة ذات التاريخ الطبي الماضي الهام بما في ذلك

*مطلوب في حالة رعاية الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين أو الأطفال الضعفاء من الناحية الطبية

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS
التشخيص الطبي الحالي

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
الأدوية الحالية: يرجى تحديد الغرض من الدواء، والآثار الجانبية المتوقعة والمخاوف إذا لم يتم تناول الدواء، ومدى تأثيره على الأداء اليومي

PROGNOSIS
التنبؤات

PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN
يرجى وصف مدى تأثير أي حالة طبية على رعاية الأطفال الإضافيين

COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN?
التعليقات / الانطباعات: هل مقدم الطلب قادر على رعاية طفل إضافي أو أطفال إضافيين؟

DATE
التاريخ

PRINT NAME
اكتب الاسم

MEDICAL PROVIDER SIGNATURE
توقيع مقدم الرعاية الطبية

*مطلوب في حالة رعاية الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين أو الأطفال الضعفاء من الناحية الطبية