



Applicant Name:

Tên Người Nộp Đơn:

Medical History

Bệnh Sử

What is the date of your last physical exam (if known)?

Ngày khám sức khỏe sau cùng của quý vị là ngày nào (nếu biết)?

Current and/or past diagnosis – Have you ever been diagnosed with any of the following conditions? Please check all that apply and provide comments, if applicable. *For license renewal, please include the last three (3) years.*

Chẩn đoán hiện tại và/hoặc trước đó – Quý vị có bao giờ mắc bất kỳ bệnh tật nào sau đây không? (Xin đánh dấu tất cả mục thích hợp) và đưa ra ý kiến, nếu có. *Để gia hạn giấy phép, vui lòng bao gồm ba (3) năm vừa qua.*

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease: | <input type="checkbox"/> Stroke: | <input type="checkbox"/> Hypertension |
| <input type="checkbox"/> Cancer: | <input type="checkbox"/> Mental Health Condition: | <input type="checkbox"/> Heart Attack |
| <input type="checkbox"/> Chronic Medical Condition: | <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Impaired Hearing |
| <input type="checkbox"/> Hereditary Condition(s): | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Respiratory Condition |
| <input type="checkbox"/> Seizure Disorder: | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Impaired Sight |
| <input type="checkbox"/> Orthopedic Problems: | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease | <input type="checkbox"/> Other Condition or Injury: |
| <input type="checkbox"/> Autoimmune Disease: | <input type="checkbox"/> Chronic Pain | |

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bệnh Tim: | <input type="checkbox"/> Đột Quy: | <input type="checkbox"/> Bệnh Tăng Huyết Áp |
| <input type="checkbox"/> Ung Thư: | <input type="checkbox"/> Tình Trạng Sức Khỏe Tâm Thần: | <input type="checkbox"/> Cơn Đau Tim |
| <input type="checkbox"/> Bệnh Mạn Tính: | | <input type="checkbox"/> Khiếm Thính |
| <input type="checkbox"/> (Các) Tình Trạng Di Truyền: | <input type="checkbox"/> Bệnh Thận | <input type="checkbox"/> Bệnh Hô Hấp |
| <input type="checkbox"/> Rối Loạn Co Giật: | <input type="checkbox"/> Dị Ứng | <input type="checkbox"/> Khiếm Thị |
| <input type="checkbox"/> Vấn Đề Về Chính Hình: | <input type="checkbox"/> Bệnh Tiểu Đường | <input type="checkbox"/> Tình Trạng hoặc Tổn Thương Khác: |
| <input type="checkbox"/> Bệnh Tự Miễn: | <input type="checkbox"/> Bệnh Tuyến Giáp | |
| | <input type="checkbox"/> Đau Mãn Tính | |

Are you currently under a physician's care for any of the diagnoses or injuries listed above? No Yes

If yes, please list diagnoses/injuries:

Have you ever participated in counseling (e.g. individual, family, group, etc.)? *For license renewal, please include the last three (3) years.*

- No Prefer to discuss in person Yes (optional comments)

Quý vị hiện có được một bác sĩ chăm sóc về bất kỳ chẩn đoán hay tổn thương nào được liệt kê trên đây không?

- Không Có

Nếu có, xin liệt kê chẩn đoán/tổn thương:

Quý vị đã có bao giờ tham gia vào việc tư vấn không (ví dụ: cá nhân, gia đình, nhóm, v.v.)? *Để gia hạn giấy phép, vui lòng bao gồm ba (3) năm vừa qua.*

- Không Muốn bàn thảo trực tiếp Có (không bắt buộc có ý kiến)

Competence**Năng Lực**

Do you consider yourself mentally, physically, and emotionally competent to care for children? Yes No

If no, please explain:

Quý vị có tự cho rằng bản thân mình có năng lực về tâm thần, thể chất và cảm xúc để giữ trẻ không? Có Không

Nếu không, xin giải thích:

Additional Comments**Ý Kiến Bổ Sung**

Do you have any additional comments you want to include in your medical history? Yes No

Quý vị có bất kỳ ý kiến bổ sung nào mà quý vị muốn đưa vào trong bệnh sử của mình không? Có Không

Signature**Chữ Ký**

I declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Tôi xin cam kết rằng thông tin trên đây là hoàn toàn đúng sự thật với sự hiểu biết nhất của tôi.

APPLICANT NAME
TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN

DATE OF BIRTH
NGÀY SINH

APPLICANT SIGNATURE
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

DATE
NGÀY