

DATE تاریخ			
Section 1: Completed by applicant. Return to local Licensing Division office.			
بخش 1: تکمیل شده توسط متقاضی. به دفتر محلی شعبه صدور مجوز بازگردانده شود.			
LOCAL LICENSING DIVISION OFFICE: دفتر محلی شعبه صدور مجوز:		PHONE AND FAX NUMBER (AREA CODE) شماره تلفن و فکس (کد منطقه)	MEDICAL PROVIDER ارائه دهنده خدمات پزشکی
		ADDRESS NAME/LOCATION آدرس نام / مکان	
		ZIP CODE کد پستی	STATE ایالت
		CITY شهر	
DATE OF BIRTH تاریخ تولد	NAME OF APPLICANT نام متقاضی		
<p>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.</p> <p>_____ mental illness, _____ alcohol and drug concerns, _____ sexual and/or physical abuse, _____ domestic violence.</p> <p>بدینوسیله به تامین کننده پزشکی خود اجازه می دهم اطلاعات سوابق پزشکی من را، از جمله، اما نه محدود به اطلاعات مربوط به موضوعاتی که در زیر پاراف کرده ام، منتشر کند. این اطلاعات به عنوان بخشی از بررسی محل سکونت برای دریافت سرپرستی و / یا فرزند خواندگی مورد نیاز است. این انتشار اطلاعات از تاریخ امضای من به مدت یک سال معتبر است. نکته: مطمئن شوید که هر خط را امضا و پاراف می کنید.</p> <p>_____ بیماری های روانی، _____ وابستگی به مشروبات الکلی و مواد مخدر، _____ سوء استفاده جنسی و / یا جسمی، _____ خشونت خانگی.</p>			
DATE تاریخ		SIGNATURE OF APPLICANT امضای متقاضی	
Section 2: Completed by Medical Provider. Return to local Licensing Division office listed above.			
بخش 2: تکمیل شده توسط ارائه دهنده خدمات پزشکی. به دفتر محلی شعبه صدور مجوز ذکر شده در بالا بازگردانده شود.			
DATE FIRST SEEN BY PROVIDER تاریخ اولین دیدار با ارائه دهنده		DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION) تاریخ نزدیک ترین معاینه فیزیکی اخیر (باید در مدت زمان 12 ماه از درخواست باشد)	
*DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE (FOR LICENSING ONLY) تاریخ آخرین واکسن آنفلوآنزا (فقط برای صدور گواهی)	*DATE OF LAST TDAP تاریخ آخرین تست TDAP	RESULTS OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) نتایج آخرین تست TB (فقط برای صدور گواهی)	DATE OF LAST TB TEST (FOR LICENSING ONLY) تاریخ آخرین تست TB (فقط برای صدور گواهی)
ADDRESS OF SPECIALIST آدرس متخصص		SPECIALIST REFERRED TO متخصصی که به آن ارجاع داده شده است	
REASON FOR REFERRAL علت ارجاع			
CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING مسائل پزشکی مزمن / متناوب سابقه پزشکی مهم گذشته شامل			

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

* در صورت مراقبت از کودکان زیر دو سال یا کودکان آسیب پذیر از نظر پزشکی مورد نیاز است

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS تشخیص پزشکی فعلی		
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 درمان های فعلی: لطفاً هدف از درمان، اثرات جانبی مورد انتظار و نگرانی ها در صورت عدم استفاده از دارو و چگونگی تأثیر بر عملکرد روزانه را بیان کنید		
PROGNOSIS پیش بینی بیماری		
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN لطفاً توضیح دهید که چگونه یک شرایط پزشکی بر مراقبت از کودکان بیشتر، تأثیر گذار است.		
COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN? نظرات / برداشت ها: آیا توانایی متقاضی در مراقبت از یک کودک یا کودکان بیشتر وجود دارد؟		
DATE تاریخ	PRINT NAME نام با حروف بزرگ	MEDICAL PROVIDER SIGNATURE امضای تامین کننده پزشکی

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

* در صورت مراقبت از کودکان زیر دو سال یا کودکان آسیب پذیر از نظر پزشکی مورد نیاز است