

Section 1: Completed by Applicant

Sección 1: Contestada por el solicitante

MEDICAL PROVIDER NAME

NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO

PHONE NUMBER

NÚMERO DE TELÉFONO

FAX NUMBER

NÚMERO DE FAX

ADDRESS OR NAME AND LOCATION OF MEDICAL OFFICE/PRACTICE/CLINIC

DIRECCIÓN O NOMBRE Y UBICACIÓN DEL CONSULTORIO/CLINICA

NAME OF APPLICANT

NOMBRE DEL SOLICITANTE

DATE OF BIRTH

FECHA 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 violence

Por 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 DIAGNOSIS DIAGNÓSTICO 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 FUNCTIONING MEDICAMENTOS ACTUALES: EXPLIQUE EL PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO, EFECTOS SECUNDARIOS PREVISTOS, Y POSIBLES PROBLEMAS SI NO TOMA EL MEDICAMENTO, Y CÓMO AFECTA SU FUNCIONAMIENTO COTIDIANO		
PROGNOSIS PRONÓSTICO		
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 NAME NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO	SIGNATURE FIRMA	DATE FECHA