



Section 1: Completed by Applicant

Mục 1: Được Hoàn Tất Bởi Người Nộp Đơn

MEDICAL PROVIDER NAME

TÊN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ

PHONE NUMBER

SỐ ĐIỆN THOẠI

FAX NUMBER

SỐ FAX

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

ĐỊA CHỈ HOẶC TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA PHÒNG KHÁM BỆNH/CƠ SỞ HÀNH NGHỀ/CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH

NAME OF APPLICANT

TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN

DATE OF BIRTH

NGÀY SINH

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

Do đó, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi tiết lộ thông tin bệnh sử của tôi bao gồm, nhưng không giới hạn, thông tin về các vấn đề tôi đã đánh dấu dưới đây. Thông tin này được yêu cầu là một phần của việc nghiên cứu tại nhà về chăm sóc nuôi dưỡng và/hoặc nhận nuôi con nuôi.

Việc tiết lộ thông tin này có giá trị một năm kể từ ngày ký tên của tôi.

LƯU Ý: Đừng quên đánh dấu mỗi dòng và ký tên.

sức khỏe tâm thần

lạm dụng tình dục và/hoặc thể chất

quan ngại về rượu bia và ma túy

bạo hành gia đình

SIGNATURE OF APPLICANT

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

DATE

NGÀY

Section 2: Completed by LD/CPA Staff

Mục 2: Được Hoàn Tất Bởi Nhân Viên LD/CPA

LICENSOR NAME

TÊN CHUYÊN VIÊN CẤP PHÉP

LICENSING DIVISION OFFICE MAILING ADDRESS AND FAX NUMBER

ĐỊA CHỈ GỬI THƯ VÀ SỐ FAX CỦA NHÀ CẤP PHÉP

Section 3: Completed by Medical Provider. Return to local Licensing Division office listed in Section 2.

Mục 3: Được Hoàn Tất Bởi Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế. Gửi lại văn phòng Nha Cấp Phép địa phương được liệt kê ở Mục 2.

DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF

APPLICATION)

NGÀY KHÁM SỨC KHỎE GẦN ĐÂY NHẤT (PHẢI TRONG VÒNG 12 THÁNG CỦA ĐƠN

XIN)

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER

NGÀY XEM TRƯỚC TIÊN CỦA NHÀ

CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ

CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES (INCLUDING SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY)

CÁC VẤN ĐỀ BỆNH MÃN TÍNH / THƯỜNG XUYÊN (BAO GỒM BỆNH SỬ ĐÁNG KỂ TRƯỚC KIA)

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS CHẨN ĐOÁN BỆNH HIỆN TẠI		
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 THUỐC ĐIỀU TRỊ HIỆN TẠI: XIN NÓI RÕ MỤC ĐÍCH CỦA THUỐC ĐIỀU TRỊ, TÁC DỤNG PHỤ ĐƯỢC DỰ ĐOÁN VÀ CÁC QUAN NGẠI NẾU KHÔNG DÙNG THUỐC ĐIỀU TRỊ VÀ CÁCH THỨC THUỐC ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG HÀNG NGÀY		
PROGNOSIS TIẾN LƯỢNG BỆNH		
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN XIN MÔ TẢ CÁCH THỨC MÀ BẤT KỲ TÌNH TRẠNG BỆNH NÀO CŨNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC GIỮ THÊM TRẺ		
COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN? Ý KIẾN/ CẢM TƯỞNG: NGƯỜI NỘP ĐƠN CÓ KHẢ NĂNG GIỮ THÊM MỘT TRẺ HAY CÁC TRẺ KHÔNG?		
SPECIALIST REFERRED TO (IF APPLICABLE) CHUYÊN GIA ĐƯỢC GIỚI THIỆU ĐẾN (NẾU CÓ)		
FAX NUMBER OF SPECIALIST (IF APPLICABLE) SỐ FAX CỦA CHUYÊN GIA (NẾU CÓ)		
REASON FOR REFERRAL (IF APPLICABLE) LÝ DO GIỚI THIỆU (NẾU CÓ)		
MEDICAL PROVIDER SIGNATURE CHỮ KÝ CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ		
MEDICAL PROVIDER NAME TÊN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ	SIGNATURE CHỮ KÝ	DATE NGÀY