Washington State Department of Social & Health Services
CA Children's Administration

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILDREN'S ADMINISTRATION

ລາຍງານການພະຍາບານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ-ປິກປິດເປັນຄວາມລັບ
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE
ວັນທີ

MEDICAL PROVIDER ທ່ານຫມໍປິ່ນປົວພະຍາບານ			RETURN TO ສົ່ງຄືນມາຫາ
ADDRESS ທີ່ຢູ່			
CITY ເມືອງ	STATE ຣັດ	ZIP CODE ຊິບໂຄດ	

NAME OF APPLICANT
ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

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 date of my signature.

____ mental illness, ____ alcohol and drug concerns, ____ sexual and/or physical abuse, ____ domestic violence.

ຂ້າພະເຈົ້າໃນທີ່ນີ້ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານຫມໍປິ່ນປົວພະຍາບານຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະເປີດເຜີຍຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບປະວັດພະຍາບານຂອງຂ້າພະເຈົ້າລວມທັງ, ແຕ່ວ່າບໍ່ຈຳກັດໄປເຖິງ, ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບບັນຫາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຊັນຊື່ຫຍໍ ໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
ຣາຍຣະອຽດອັນນີ້ແມ່ນຕ້ອງມີໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງການສຶກສາເບິ່ງຢູ່ໃນເຮືອນສຳລັບການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກກຳພ້າ ແລະ/ຫລື ການຮັບເອົາໄປເປັນລູກລ້ຽງ.
ການເປີດເຜີຍໃນຣາຍຣະອຽດອັນນີ້ຈະມີຜົນໃຊ້ການໄດ້ເປັນເວລານຶ່ງປີຈາກວັນທີຂອງລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

_____ ພະຍາດໂຣກຈິດ, _____ ຄວາມຫ່ວງໃຍເຣື່ອງເຫລົ້າ ແລະ ຢາເສພຕິດ, _____ ການອົ່ມເຫັງທາງເພດ ແລະ/ຫລື ร่างกาย, _____ ຄວາມຮຸນແຣງໃນຄອບຄົວ.

SIGNATURE OF APPLICANT ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	DATE ວັນທີ

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER ວັນທີພົບໂດຍທ່ານຫມໍເທື່ອທຳອິດ	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION ວັນທີຂອງການກວດພະຍາບານເທື່ອສຸດທ້າຍ
SPECIALIST REFERRED TO ຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ຖືກສົ່ງຕໍ່ໄປຫາ	ADDRESS OF SPECIALIST ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຊ່ຽວຊານ

REASON FOR REFERRAL
ເຫດຜົນຂອງການສົ່ງຕໍ່ໄປຫາ

SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY
ປະວັດການພະຍາບານຜ່ານມາອັນສຳຄັນ

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS
ການກວດພະຍາບານປັດຈຸບັນ

CURRENT MEDICATIONS: PLEASE STATE THE PURPOSE OF THE MEDICATION, ANTICIPATED SIDE EFFECTS AND CONCERNS IF THE MEDICATION IS NOT TAKEN.
ຢາໃນປັດຈຸບັນ: ກະຣຸນາກ່າວເຖິງຈຸດປະສົງຂອງຢາ, ຜົນເສັຍຫາຍທີ່ຄາດວ່າຈະມີ ແລະ ຄວາມເປັນຫ່ວງຖ້າຫາກວ່າຢາບໍ່ໄດ້ຖືກໃຊ້.

PROGNOSIS ທັສນະໃນພະຍາດ	
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN. ກະຣຸນາບັນຣະຍາຍว่าสะพาบพะยาบาม ต่าวๆจะสะท้อมเถิวการเบิ่วแยวดูแลเด็กม้อยป่าวใด.	
COMMENTS OR IMPRESSIONS ຄວາມເຫັນ ຫລື ຄວາມຮູ້ສຶກ	
MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຫມໍປິ່ນປົວພະຍາບານ	DATE ວັນທີ