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

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILDREN'S ADMINISTRATION

Медицинские документы заявителя – КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE
ДАТА

MEDICAL PROVIDER ВРАЧ ИЛИ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ			RETURN TO ОБРАТНЫЙ АДРЕС
ADDRESS АДРЕС			
CITY ГОРОД	STATE ШТАТ	ZIP CODE ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	

NAME OF APPLICANT
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

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.

Настоящим я разрешаю моему врачу и (или) медицинскому учреждению передать сведения, содержащиеся в моей истории болезни/ медицинской карте, включающие, в частности, информацию по вопросам, которые я ниже пометил (-а) своими инициалами. Эти сведения требуются в рамках изучения домашней ситуации для целей патронатного воспитания и (или) усыновления (удочерения).

Данное разрешение на передачу сведений действует в течение одного года с даты моей подписи.

____ психические заболевания, ____ проблемы с потреблением алкоголя и наркотиков, ____ сексуальное и / или физическое насилие, ____ бытовое насилие.

SIGNATURE OF APPLICANT
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

DATE
ДАТА

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER ДАТА ПЕРВОГО ПОСЕЩЕНИЯ ВРАЧА ИЛИ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION ДАТА ПОСЛЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА
SPECIALIST REFERRED TO НАПРАВЛЕН (-А) К СПЕЦИАЛИСТУ (УКАЖИТЕ)	ADDRESS OF SPECIALIST АДРЕС СПЕЦИАЛИСТА

REASON FOR REFERRAL
ПРИЧИНА НАПРАВЛЕНИЯ

SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY
СЕРЬЕЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ПРОШЛОМ (ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ)

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS
НЫНЕШНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

CURRENT MEDICATIONS: PLEASE STATE THE PURPOSE OF THE MEDICATION, ANTICIPATED SIDE EFFECTS AND CONCERNS IF THE MEDICATION IS NOT TAKEN.
ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЛЕКАРСТВА: УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НАЗНАЧЕНИЕ КАЖДОГО ЛЕКАРСТВА, ОЖИДАЕМЫЕ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И ПРОБЛЕМЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ, ЕСЛИ НЕ ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВО.

PROGNOSIS ПРОГНОЗ	
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN. ОПИШИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, КАК КАЖДОЕ ИМЕЮЩЕЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА УХОД ЗА ДЕТЬМИ	
COMMENTS OR IMPRESSIONS ЗАМЕЧАНИЯ И ВПЕЧАТЛЕНИЯ	
MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE ПОДПИСЬ ВРАЧА ИЛИ РАБОТНИКА МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ	DATE ДАТА