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

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILDREN'S ADMINISTRATION

Báo Cáo về Y Tế của Đương Đơn - BẢO MẬT
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE
NGÀY

MEDICAL PROVIDER BÁC SĨ Y TẾ			RETURN TO GỞI LẠI CHO
ADDRESS ĐỊA CHỈ			
CITY THÀNH PHỐ	STATE TIỂU BANG	ZIP CODE KHU BƯU CHÍNH	
NAME OF APPLICANT TÊN ĐƯƠNG ĐƠN			

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.

Qua đây, tôi xin ủy quyền cho bác sĩ y tế của tôi tiết lộ các thông tin về bệnh sử y tế của tôi bao gồm, nhưng không giới hạn, các thông tin về các vấn đề tôi đã khởi xướng ở dưới. Thông tin này được yêu cầu như một phần của việc học tập tại nhà cho việc nuôi con và/ hay nhận con nuôi.
Sự tiết lộ các thông tin này có giá trị một năm kể từ ngày ký tên của tôi.

____ bệnh thần kinh, ____ các mối ưu tư về rượu và ma túy, ____ lạm dụng tình dục/hay thể chất, ____ bạo hành trong gia đình.

SIGNATURE OF APPLICANT
CHỮ KÝ ĐƯƠNG ĐƠN

DATE
NGÀY

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER NGÀY ĐẦU TIÊN GẶP BÁC SĨ	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION NGÀY KHÁM BỆNH CUỐI CÙNG
SPECIALIST REFERRED TO ĐƯỢC GIỚI THIỆU TỚI BÁC SĨ CHUYÊN KHOA	ADDRESS OF SPECIALIST ĐỊA CHỈ BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

REASON FOR REFERRAL
LÝ DO GIỚI THIỆU

SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY
BỆNH SỬ QUAN TRỌNG TRONG TRƯỚC ĐÂY

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS
CHẨN BỆNH HIỆN NAY

CURRENT MEDICATIONS: PLEASE STATE THE PURPOSE OF THE MEDICATION, ANTICIPATED SIDE EFFECTS AND CONCERNS IF THE MEDICATION IS NOT TAKEN.
THUỐC HIỆN ĐANG DÙNG: XIN NÓI MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG THUỐC, CÁC ẢNH HƯỞNG PHỤ ĐƯỢC TIÊN ĐOÁN VÀ CÁC MỐI ƯU TƯ NẾU KHÔNG UỐNG THUỐC.

PROGNOSIS TIÊN LƯỢNG BỆNH	
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN. XIN MÔ TẢ BẤT CỨ TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ NÀO LÀM ẢNH HƯỞNG RA SAO ĐẾN VIỆC CHĂM SÓC CON.	
COMMENTS OR IMPRESSIONS Ý KIẾN ĐÓNG GÓP HAY ẤN TƯỢNG	
MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE CHỮ KÝ BÁC SĨ Y TẾ	DATE NGÀY