

DATE កាលបរិច្ឆេទ
---------------------

**Section 1: Completed by Applicant and sent to Medical Provider**  
ផ្នែកទី 1: បំពេញដោយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងផ្ញើទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

MEDICAL PROVIDER អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	PHONE NUMBER (AREA CODE) លេខទូរស័ព្ទ (លេខកូដតំបន់)	RETURN TO CA WORKER ប្រគល់ជូនបុគ្គលិក CA វិញ	
ADDRESS អាសយដ្ឋាន			
CITY ទីក្រុង	STATE រដ្ឋ	ZIP CODE លេខកូដប្រៃសណីយ៍	
NAME OF APPLICANT ឈ្មោះរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ			DATE OF BIRTH ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

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. **NOTE: Be sure to initial each line and sign.**

ខ្ញុំ តាមរយៈរបាយការណ៍នេះ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីប្រវត្តិរោគរបស់ខ្ញុំ ដែលរួមមានជាអាទិ៍ ព័ត៌មានអំពីបញ្ហានានា ដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាសង្ខេបនៅខាងក្រោម។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានតម្រូវឱ្យក្លាយជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាអំពីស្ថានភាពគ្រួសារសម្រាប់ការទំនុកបម្រុងថែទាំ និង/ឬ ការទទួលចិញ្ចឹម។ ការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះមានសុពលភាពសម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ។ សម្គាល់ ៖

ត្រូវប្រាកដថាបានចុះហត្ថលេខាសង្ខេបនៅលើ បន្ទាត់នីមួយៗ និងចុះហត្ថលេខា។

\_\_\_\_\_ mental illness, \_\_\_\_\_ alcohol and drug concerns, \_\_\_\_\_ sexual and/or physical abuse, \_\_\_\_\_ domestic violence.  
ដំងើផ្នែកខួរក្បាល កង្វល់អំពីគ្រឿងស្រវឹង និងថ្នាំញៀន ការបំពានផ្លូវភេទ និងផ្លូវកាយ អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ។

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF APPLICANT  
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

\_\_\_\_\_  
DATE  
កាលបរិច្ឆេទ

**Section 2: Completed by Medical Provider and sent to CA Worker Return Address above**  
ផ្នែកទី 2: បំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋានប្រគល់ជូនបុគ្គលិក CA វិញដូចខាងលើ

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER កាលបរិច្ឆេទជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាជាលើកដំបូង	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION កាលបរិច្ឆេទត្រួតពិនិត្យរាងកាយលើកចុងក្រោយ	
DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST កាលបរិច្ឆេទ និងលទ្ធផលធ្វើតេស្ត TB លើកចុងក្រោយ	DATE OF LAST TDAP កាលបរិច្ឆេទ TDAP លើកចុងក្រោយ	DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE កាលបរិច្ឆេទចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺត្រូវត្រូវក្តៅលើកចុងក្រោយ
SPECIALIST REFERRED TO អ្នកឯកទេសដែលត្រូវបានបញ្ជូនទៅឱ្យជួប	ADDRESS OF SPECIALIST អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកឯកទេស	

REASON FOR REFERRAL មូលហេតុនៃការបញ្ជូនទៅជួប	
SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES ប្រវត្តិព្យាបាលជំងឺសំខាន់ៗកាលពីមុន ដែលរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ/បញ្ហាជំងឺដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់ផងដែរ	
CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS ការវិនិច្ឆ័យអំពីការព្យាបាលនាពេលបច្ចុប្បន្ន	
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. ការព្យាបាលដោយឱសថនាពេលបច្ចុប្បន្ន ៖ សូមបញ្ជាក់អំពីគោលបំណងនៃការព្យាបាលដោយឱសថ ផលប៉ះពាល់ និងកង្វល់ដែលបានរំពឹងទុក ប្រសិនបើពុំមានការព្យាបាលដោយឱសថ ហើយវានឹងប៉ះពាល់ដល់ការបំពេញមុខងារប្រចាំថ្ងៃយ៉ាងដូចម្តេចខ្លះ។	
PROGNOSIS ការវិនិច្ឆ័យរបស់គ្រូពេទ្យ	
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN. សូមរៀបរាប់អំពីរបៀបដែលស្ថានភាពព្យាបាលជំងឺណាមួយមានផលប៉ះពាល់ចំពោះការថែទាំកុមារ។	
COMMENTS OR IMPRESSIONS មតិយោបល់ ឬចំណាប់អារម្មណ៍	
MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	DATE កាលបរិច្ឆេទ