

신청인의 의료 보고 - 기밀사항
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE
날짜

MEDICAL PROVIDER 의료 제공자		RETURN TO 보낼 곳	
ADDRESS 주소			
CITY 시	STATE 주	ZIP CODE 우편번호	
NAME OF APPLICANT 신청인/수령인 이름			DATE OF BIRTH 생년월일
<p>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.</p> <p>_____ mental illness, _____ alcohol and drug concerns, _____ sexual and/or physical abuse, _____ domestic violence.</p> <p>본인은 이로써 의료 제공자가 아래에 첫 글자만 적은 사안들에 대한 정보를 포함하여 본인의 병력 정보를 공개하는 것을 승인합니다. 이 정보는 위탁 양육 및/또는 입양에 대한 가정 조사를 통해 반드시 알아내야 할 정보입니다.</p> <p>본 정보 공개는 서명일로부터 1년간 유효합니다. 참고: 각 줄의 첫 글자만 <u>쓰고</u> 서명하십시오.</p> <p>_____ 정신 질환, _____ 알코올 및 약물 오남용, _____ 성적 및/또는 신체적 학대, _____ 가정 폭력.</p>			
SIGNATURE OF APPLICANT 신청인의 서명			DATE 날짜
DATE FIRST SEEN BY PROVIDER 처음으로 의료인에게 진찰을 받은 날짜		DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION 마지막으로 건강 검진을 받은 날짜	
SPECIALIST REFERRED TO 위탁할 전문가		ADDRESS OF SPECIALIST 전문가 주소	
REASON FOR REFERRAL 위탁하는 이유			
SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY 과거의 중요한 병력			
CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS 현 의료 진단			
CURRENT MEDICATIONS: PLEASE STATE THE PURPOSE OF THE MEDICATION, ANTICIPATED SIDE EFFECTS AND CONCERNS IF THE MEDICATION IS NOT TAKEN. 현 복용 약물: 약물 복용 목적, 해당 약물을 복용하지 않을 경우 예상되는 부작용과 우려사항을 기술하십시오.			

PROGNOSIS

진단

PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN.

아동을 양육하는 데 영향을 미칠 수 있는 모든 건강 상태를 기술하십시오.

COMMENTS OR IMPRESSIONS

의견 또는 느낌

MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE

의료 제공자의 서명

DATE

날짜