



신청인의 의료 보고 - 기밀사항
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE
날짜

Section 1: Completed by Applicant and sent to Medical Provider

섹션 1: 신청인이 작성하여 의료 제공자에게 송부

MEDICAL PROVIDER 의료 제공자	PHONE NUMBER (AREA CODE) 전화 번호(지역 코드)	RETURN TO CA WORKER CA 작업자에게 회신	
ADDRESS 주소			
CITY 시	STATE 주	ZIP CODE 우편번호	
NAME OF APPLICANT 신청인/수령인 이름			DATE OF BIRTH 생년월일

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.

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

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.

본 정보 공개는 서명일로부터 1년간 유효합니다. **참고: 각 줄의 첫 글자만 쓰고 서명하십시오.**

_____ 정신 질환, _____ 알코올 및 약물 오남용, _____ 성적 및/또는 신체적 학대, _____ 가정 폭력.

SIGNATURE OF APPLICANT

신청인의 서명

DATE

날짜

Section 2: Completed by Medical Provider and sent to CA Worker Return Address above

섹션 2: 의료 제공자가 작성하여 위의 CA 작업자 회신 주소로 전송

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER 처음으로 의료인에게 진찰을 받은 날짜	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION 마지막으로 건강 검진을 받은 날짜
DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST 마지막 TB 시험 결과 및 날짜	DATE OF LAST TDAP 마지막 TDAP 날짜
	DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE 마지막 인플루엔자 백신 날짜
SPECIALIST REFERRED TO 위탁할 전문가	ADDRESS OF SPECIALIST 전문가 주소
REASON FOR REFERRAL 위탁하는 이유	

<p>SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES 만성 / 빈번한 의료적 문제를 포함한 과거의 중요한 병력</p>	
<p>CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS 현 의료 진단</p>	
<p>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. 현 복용 약물: 약물 복용 목적, 해당 약물을 복용하지 않을 경우 예상되는 부작용과 우려사항 그리고 일상적인 기능에 미치는 영향을 기술하십시오.</p>	
<p>PROGNOSIS 진단</p>	
<p>PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN. 아동을 양육하는 데 영향을 미칠 수 있는 모든 건강 상태를 기술하십시오.</p>	
<p>COMMENTS OR IMPRESSIONS 의견 또는 느낌</p>	
<p>MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE 의료 제공자의 서명</p>	<p>DATE 날짜</p>