

Raport medical al solicitantului – CONFIDENȚIAL
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE DATA

Section 1: Completed by Applicant and sent to Medical Provider
Secțiunea 1: Completată de solicitantă și trimisă furnizorului de servicii medicale

MEDICAL PROVIDER FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE	PHONE NUMBER (AREA CODE) NUMĂR DE TELEFON (PREFIX)	RETURN TO CA WORKER RETURNARE LA ASISTENTUL SOCIAL CA	
ADDRESS ADRESA			
CITY ORAȘUL	STATE STATUL	ZIP CODE CODUL POȘTAL	
NAME OF APPLICANT NUMELE SOLICITANTULUI			DATE OF BIRTH DATA NAȘTERII

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.

Prin prezenta îl autorizez pe furnizorul meu de servicii medicale să furnizeze informațiile din fișa mea medicală inclusiv, dar fără a se limita la informațiile privind problemele pe care le-am menționat mai jos cu inițiale. Aceste informații sunt necesare în cadrul unui studiu al locuinței pentru îngrijire maternală și/sau adopție.

Eliberarea acestor informații este valabilă timp de un an de la data semnăturii mele. **NOTĂ: Aplicați inițialele pe fiecare rând și semnați.**

____ boală psihică, ____ preocupări legate de alcool sau droguri, ____ abuz sexual și/sau fizic, ____ violență casnică.

SIGNATURE OF APPLICANT
SEMNĂTURA SOLICITANTULUI

DATE
DATA

Section 2: Completed by Medical Provider and sent to CA Worker Return Address above
Secțiunea 2: Completat de către furnizorul de servicii medicale și trimis la adresa de returnare a asistentului social CA de mai sus

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER DATA PRIMEI VIZITE LA FURNIZOR	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION DATA ULTIMULUI EXAMEN FIZIC
DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST DATA ȘI ULTIMEI REZULTATE LA ANALIZE TB DE LABORATOR	DATE OF LAST TDAP DATA ULTIMEI VIZITE TDAP
SPECIALIST REFERRED TO TRIMITERI LA MEDICI SPECIALIȘTI	DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE DATA ULTIMULUI VACCIN ANTIGRI PAL
ADDRESS OF SPECIALIST ADRESA SPECIALISTULUI	
REASON FOR REFERRAL MOTIVUL TRIMITERII	
SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES ANTECEDENTE MEDICALE SEMNIFICATIVE INCLUSIV PROBLEME MEDICALE CRONICE/FRECVENTE	
CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS DIAGNOSTIC MEDICAL CURENT	

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.
MEDICAMENTE CURENTE VĂ RUGĂM SĂ PRECIZAȚI SCOPUL ADMINISTRĂRII MEDICAMENTULUI, EFECTELE COLATERALE ANTICIPATE ȘI PREOCUPĂRILE DACĂ MEDICAMENTUL ESTE LUAT ȘI CUM AFECTEAZĂ ACTIVITATEA ZILNICĂ.

PROGNOSIS
PROGNOZĂ

PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN.
VĂ RUGĂM SĂ DESCRIEȚI CUM AFECTEAZĂ ORICE AFECȚIUNE MEDICALĂ ÎNGRIJIREA COPIILOR.

COMMENTS OR IMPRESSIONS
COMENTARIII SAU IMPRESII

MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE
SEMNĂTURA FURNIZORULUI DE SERVICII MEDICALE

DATE
DATA