



**Өргөдөл Гаргагчийн Эрүүл Мэндийн  
Тайлан - НУУЦЛАЛ ХАДГАЛАХ**  
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE  
ОГНОО

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

**1-р хэсэг: Өргөдөл Гаргагч бөглөж Эрүүл Мэндийн Үйлчилгээ Үзүүлэгч рүү явуулна**

MEDICAL PROVIDER ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭГЧ	PHONE NUMBER (AREA CODE) УТАСНЫ ДУГААР (МУЖИЙН КОД)	RETURN TO CA WORKER СА АЖИЛТАН РУУ БУЦААНА УУ
ADDRESS ХАЯГ		
CITY ХОТ	STATE МУЖ	ZIP CODE ZIP КОД
NAME OF APPLICANT ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН ОВОГ НЭР		DATE OF BIRTH ТӨРСӨН ОГНОО

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.

Үүгээр би өөрийнхөө эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчид эрүүл мэндийнхээ түүхийн хувилбарыг гаргах зөвшөөрлийг олгож байгаа болно, доор тэмдэглэсэн асуудлуудаар мэдээлэл өгсөн ба үүнд зөвхөн үүгээр хязгаарлагдаагүй мэдээллүүд орсон. Энэхүү мэдээлэл нь хүүхэд үрчлэл ба/эсвэл удаан үргэлжилсэн хугацаагаар хүүхэд асрах гэрийн судалгааны хэсэг юм.

Мэдээллийн энэ хувилбар нь миний гарын үсэг зурсан огнооноос тоолоод нэг жилийн хугацаанд хүчинтэй.

**ТЭМДЭГЛЭЛ: Тэмдэглэлийн шугам бүрийн үнэн эсэхийг шалгах ба гарын үсгээ зурна уу.**

\_\_\_\_\_ сэтгэцийн эмгэг, \_\_\_\_\_ согтууруулах ундаа ба мансууруулах бодист хамааралтай, \_\_\_\_\_ бэлгийн ба/эсвэл бие махбодийн хүчирхийлэл, \_\_\_\_\_ гэр бүлийн хүчирхийлэл.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF APPLICANT  
ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ

\_\_\_\_\_  
DATE  
ОГНОО

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

**2-р хэсэг: Эрүүл Мэндийн Үйлчилгээ Үзүүлэгчээр бөглөгдөх ба СА Ажилтан руу дээрхи хаягаар явуулна**

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭГЧИЙН АНХ ҮЗСЭН ОГНОО	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION СҮҮЛЧИЙН УДАА БИЕИЙН ҮЗЛЭГТ ОРСОН ОГНОО	
DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST ӨНГӨРСӨН ТВ ОНОШЛОГОО - ОГНОО БА ҮР ДҮН	DATE OF LAST TDAP СҮҮЛЧИЙН TDAP-ЫН ОГНОО	DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE СҮҮЛЧИЙН УДАА ТОМУУНЫ ВАКЦИН ХИЙСЭН ОГНОО
SPECIALIST REFERRED TO ЗӨВЛӨСӨН НАРИЙН МЭРГЭЖИЛТЭН	ADDRESS OF SPECIALIST НАРИЙН МЭРГЭЖИЛТНИЙ ХАЯГ	
REASON FOR REFERRAL ЗӨВЛӨГӨӨНИЙ ШАЛТГААН		

SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES АРХАГ / МАШ ОЙРХОХ ТОХИОЛДОХ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУДЛУУДЫГ ОРУУЛСАН ӨНГӨРСӨН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ОНЦЛОХ ТҮҮХ	
CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS ОДООГИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ОНОШ	
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. ОДОО ХЭРЭГЛЭЖ БУЙ ЭМҮҮД: ЭМИЙН ЗОРИЛГО, ХҮЛЭЭГДЭЖ БУЙ ХОЕРДОГЧНӨЛӨӨ БАУГ ЭМИЙГ ХЭРЭГЛЭЭГҮЙ ТОХИОЛДОЛД ҮҮСЭХ ӨӨРЧЛӨЛТҮҮД ЗЭРГИЙГ ТОДОРХОЙ ДУРЬДАНА УУ.	
PROGNOSIS ЦААШДЫН УРЬДЧИЛГАА	
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯМАР НЭГЭН БАЙДАЛ ХҮҮХЭД АСРАХАД НӨЛӨӨЛЖ БОЛОХ ЭСЭХИЙГ ЗААНА УУ.	
COMMENTS OR IMPRESSIONS ТАЙЛБАРУУД ЭСВЭЛ СЭТГЭГДЭЛҮҮД	
MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ	DATE ОГНОО