



**Медицинские документы заявителя –
КОНФИДЕНЦИАЛЬНО
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL**

DATE
ДАТА

Section 1: Completed by Applicant and sent to Medical Provider

Раздел 1: Заполняется заявителем и передается поставщику медицинских услуг

| | | | |
|---|---|--|--------------------------------|
| MEDICAL PROVIDER ВРАЧ ИЛИ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ | PHONE NUMBER (AREA CODE) НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) | RETURN TO CA WORKER ВЕРНУТЬ СОЦ. РАБОТНИКУ УПРАВЛЕНИЯ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ | |
| ADDRESS АДРЕС | | | |
| CITY ГОРОД | STATE ШТАТ | ZIP CODE ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | |
| NAME OF APPLICANT ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ | | | DATE OF BIRTH ДАТА РОЖДЕНИЯ |

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.

Настоящим я разрешаю моему врачу и (или) медицинскому учреждению передать сведения, содержащиеся в моей истории болезни/ медицинской карте, включающие, в частности, информацию по вопросам, которые я ниже пометил (-а) своими инициалами. Эти сведения требуются в рамках изучения домашней ситуации для целей патронатного воспитания и (или) усыновления (удочерения).

Данное разрешение на передачу сведений действует в течение одного года с даты моей подписи. **ПРИМЕЧАНИЕ: Обязательно поставьте инициалы и подпись у каждой строки.**

___ психическое заболевание, ___ проблемы с употреблением алкоголя и наркотиков, ___ сексуальное и/или физическое насилие, ___ бытовое насилие.

SIGNATURE OF APPLICANT
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

DATE
ДАТА

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

Раздел 2: Заполняется поставщиком медицинских услуг и передается социальному работнику Управления по делам детей на адрес, указанный выше

| | | |
|---|---|--|
| DATE FIRST SEEN BY PROVIDER ДАТА ПЕРВОГО ПОСЕЩЕНИЯ ВРАЧА ИЛИ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ | DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION ДАТА ПОСЛЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА | |
| DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST ДАТА И РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕДНЕГО АНАЛИЗА НА ТУБЕРКУЛЕЗ | DATE OF LAST TDAP ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ СТОЛБНЯКА-ДИФТЕРИИ-КОКЛЮША | DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА |
| SPECIALIST REFERRED TO НАПРАВЛЕН (-А) К СПЕЦИАЛИСТУ (УКАЖИТЕ) | ADDRESS OF SPECIALIST АДРЕС СПЕЦИАЛИСТА | |
| REASON FOR REFERRAL ПРИЧИНА НАПРАВЛЕНИЯ | | |
| SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES СЕРЬЕЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ПРОШЛОМ (ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ), В ТОМ ЧИСЛЕ ХРОНИЧЕСКИЕ / ЧАСТЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ | | |
| CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS НЫНЕШНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ | | |

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.
ТЕКУЩЕЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ: УКАЖИТЕ НАЗНАЧЕНИЕ КАЖДОГО ЛЕКАРСТВА, ОЖИДАЕМЫЕ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И ПРОБЛЕМЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ, ЕСЛИ НЕ ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВО, А ТАКЖЕ ВЛИЯНИЕ НА ПОВСЕДНЕВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

PROGNOSIS
ПРОГНОЗ

PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN.
ОПИШИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, КАК КАЖДОЕ ИМЕЮЩЕЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА УХОД ЗА ДЕТЬМИ

COMMENTS OR IMPRESSIONS
ЗАМЕЧАНИЯ И ВПЕЧАТЛЕНИЯ

MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE
ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

DATE
ДАТА