



**Medicinski izveštaj podnosioca prijave –  
POVERLJIVO**

**Applicant Medical Report – CONFIDENTIAL**

DATE  
DATUM

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

**Deo 1: Popunio podnosilac prijave, poslano pružaocu zdravstvene zaštite**

MEDICAL PROVIDER PRUŽALAC ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	PHONE NUMBER (AREA CODE) BROJ (PREDBROJEM)	RETURN TO CA WORKER POSLATI: SOCIJALNOM RADNIKU	
ADDRESS ADRESA			
CITY GRAD	STATE DRŽAVA	ZIP CODE POŠTANSKI BROJ	
NAME OF APPLICANT IME PODNOSIOCA PRIJAVE			DATE OF BIRTH DATUM ROĐENJA

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.

Ovim ovlašćujem mog pružaoca zdravstvene zaštite da otkrije moje podatke o medicinskoj istoriji, uključujući bez ograničenja i podatke o problemima koje sam naznačio/-la u daljem tekstu. Ovi podaci se traže kao deo studije doma za starateljsku brigu i/ili usvajanje. Ovo otkrivanje podataka važi godinu dana od datuma mog potpisa.

**NAPOMENA: Obavezno označite svaki red inicijalima i potpišite.**

\_\_\_\_\_ mentalno oboljenje, \_\_\_\_\_ problemi sa alkoholom i drogom, \_\_\_\_\_ seksualna i/ili fizička zloupotreba, \_\_\_\_\_ nasilje u porodici.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF APPLICANT  
POTPIS PODNOSIOCA PRIJAVE

\_\_\_\_\_  
DATE  
DATUM

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

**Deo 2: Popunio podnosilac prijave i poslano socijalnom radniku na gore navedenu adresu**

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER DATUM PRVOG SUSRETA SA PRUŽAOCEM ZAŠTITE	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION DATUM POSLEDNJEG FIZIKALNOG PREGLEDA	
DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST DATUM I POSLEDNJEG NALAZA NA TB	DATE OF LAST TDAP DATUM POSLEDNJE TDAP VAKCINE	DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE DATUM POSLEDNJE VAKCINE PROTIV GRIPE
SPECIALIST REFERRED TO SPECIJALISTA KOME JE UPUČEN(A)	ADDRESS OF SPECIALIST ADRESA SPECIJALISTE	
REASON FOR REFERRAL RAZLOG ZA UPUT		
SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES ZNAČAJNA PRETHODNA MEDICINSKA ISTORIJA UKLJUČUJUĆI HRONIČNE / ČESTE ZDRAVSTVENE PROBLEME		

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS SADAŠNJA DIJAGNOZA	
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. SADAŠNJI LEKOVI: NAVESTI SVRHU MEDIKACIJE, PREDVIĐENA NEŽELJENA DEJSTVA I MOGUĆE PROBLEME AKO SE LEK NE UZIMA I KAKO TO UTIČE NA SVAKODNEVNO FUNKCIONISANJE.	
PROGNOSIS PROGNOZA	
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN. OPIŠITE KAKO BILO KOJI ZDRAVSTVENI PROBLEMI UTIČU NA ZAŠTITU DECE.	
COMMENTS OR IMPRESSIONS KOMENTARI ILI UTISCI	
MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE POTPIS PRUŽAOCA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	DATE DATUM