



**Informe médico del solicitante-
CONFIDENCIAL**
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE
FECHA

Section 1: Completed by Applicant and sent to Medical Provider
Sección 1: Contestada por el solicitante y enviada al proveedor médico

MEDICAL PROVIDER PROVEEDOR MÉDICO		PHONE NUMBER (AREA CODE) TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)	RETURN TO CA WORKER REGRESAR AL TRABAJADOR DE LA CA
ADDRESS DIRECCIÓN			
CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO POSTAL	
NAME OF APPLICANT NOMBRE DEL POSTULANTE			DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO

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.

Por la presente autorizo a mi proveedor de atención médica para divulgar la información de mi historia clínica, incluyendo pero no limitado a, información en los asuntos que he firmado anteriormente. Se requiere esta información como parte de un estudio del hogar para cuidado temporal y/o adopción.

Esta divulgación de información es válida durante un año desde la fecha de mi firma. NOTA: Asegúrese de poner sus iniciales en cada renglón y de firmar.

_____ enfermedad mental, _____ problemas de alcohol y drogas, _____ abuso sexual y/o físico, _____ violencia doméstica.

SIGNATURE OF APPLICANT
FIRMA DEL SOLICITANTE

DATE
FECHA

Section 2: Completed by Medical Provider and sent to CA Worker Return Address above
Sección 2: Contestada por el proveedor médico y enviada a la dirección del trabajador de CA que aparece arriba

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER FECHA VISTA POR PRIMERA VEZ POR EL PROVEEDOR	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO	
DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST FECHA Y RESULTADO DE ÚLTIMO EXAMEN DE TB	DATE OF LAST TDAP FECHA DE LA ÚLTIMA TDAP	DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE FECHA DE ÚLTIMA VACUNA DE INFLUENZA
SPECIALIST REFERRED TO ESPECIALISTA DERIVADO A	ADDRESS OF SPECIALIST DIRECCIÓN DEL ESPECIALISTA	
REASON FOR REFERRAL MOTIVO PARA LA DERIVACIÓN		
SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES IMPORTANTES HISTORIAS CLÍNICAS ANTERIORES INCLUYENDO PROBLEMAS MÉDICOS CRÓNICOS / FRECUENTES		

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS
DIAGNÓSTICO MÉDICO ACTUAL

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.
MEDICAMENTOS ACTUALES: POR FAVOR, ESTABLEZCA EL PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO, EFECTOS SECUNDARIOS ANTICIPADOS Y PREOCUPACIONES SI NO TOMA EL MEDICAMENTO, Y CÓMO AFECTA SU FUNCIONAMIENTO DIARIO.

PROGNOSIS
PRONÓSTICO

PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN.
POR FAVOR, DESCRIBA CÓMO LA CONDICIÓN MÉDICA AFECTA EL CUIDADO DEL NIÑO.

COMMENTS OR IMPRESSIONS
COMENTARIOS O IMPRESIONES

MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE
FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO

DATE
FECHA