

**Медицинський звіт заявника – КОНФІДЕНЦІЙНО**  
**Applicant Medical Report – CONFIDENTIAL**

DATE  
ДАТА

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

**Розділ 1: Заповнюється заявником на надсилається постачальнику медичних послуг**

MEDICAL PROVIDER ПОСТАЧАЛЬНИК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	PHONE NUMBER (AREA CODE) ТЕЛЕФОН (З КОДОМ ЗОНИ)	RETURN TO CA WORKER ПОВЕРНУТИ СПІВРОБІТНИКУ СА
ADDRESS АДРЕСА		
CITY МІСТО	STATE ШТАТ	ZIP CODE ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
NAME OF APPLICANT ЗАЯВНИК		DATE OF BIRTH ДАТА НАРОДЖЕННЯ

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.

Цим уповноважую мого постачальника медичних послуг розкривати дані моєї медичної історії, у тому числі, між іншим, інформацію відносно питань, що відмічені моїми ініціалами нижче. Ця інформація потрібна в рамках проведення дослідження соціально-побутових параметрів та особливостей родини, що збирається взяти дитину на патронатне виховання та/або всиновити дитину.

Дозвіл на розкриття інформації діє протягом одного року від дати його підписання. **ПРИМІТКА: Обов'язково поставте ініціали в кожному рядку та підпишіть.**

\_\_\_\_\_ психічне захворювання, \_\_\_\_\_ проблеми з алкоголем та наркотиками, \_\_\_\_\_ сексуальні домагання та/або фізичне насильство, \_\_\_\_\_ побутове насильство.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF APPLICANT  
ПІДПИС ЗАЯВНИКА

\_\_\_\_\_  
DATE  
ДАТА

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

**Розділ 2: Заповнюється постачальником медичних послуг та надсилається співробітнику СА на зазначену вище зворотну адресу**

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER ДАТА ПЕРШОГО ВІДВІДУВАННЯ ПОСТАЧАЛЬНИКА ПОСЛУГ	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION ДАТА ОСТАНЬОГО МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ
DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST ДАТА ТА РЕЗУЛЬТАТИВ ОСТАНЬОГО АНАЛІЗУ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	DATE OF LAST TDAP ДАТА РЕЗУЛЬТАТИВ ОСТАНЬОГО АНАЛІЗУ НА КДС
SPECIALIST REFERRED TO НАПРАВЛЕННЯ ДО СПЕЦІАЛІСТА	ADDRESS OF SPECIALIST АДРЕСА СПЕЦІАЛІСТА
REASON FOR REFERRAL ПРИЧИНА НАПРАВЛЕННЯ	
SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES СЕРЙОЗНІ ХВОРОБИ В МИНУЛОМУ, У ТОМУ ЧИСЛІ ХРОНІЧНІ / ЧАСТІ МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ	

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS ПОТОЧНИЙ ДІАГНОЗ	
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. ПОТОЧНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ: ЗАЗНАЧТЕ ЦІЛЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ, ОПИШІТЬ ВІРОГІДНІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, НАСЛІДКИ, ЯКЩО ЛІКИ НЕ ВЖИТО, А ТАКОЖ ВПЛИВ ЛІКІВ НА ПОВСЯКДЕННУ ФУНКЦІОНАЛЬНІСТЬ	
PROGNOSIS ПРОГНОЗ	
PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN. ОПИШІТЬ ВПЛИВ БУДЬ-ЯКОГО МЕДИЧНОГО СТАНУ НА ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ.	
COMMENTS OR IMPRESSIONS КОМЕНТАРІ АБО ВРАЖЕННЯ	
MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE ПІДПИС ПОСТАЧАЛЬНИКА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	DATE ДАТА