



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILDREN'S ADMINISTRATION

Báo Cáo Y Tế Của Người Nộp Đơn - MẬT
Applicant Medical Report - CONFIDENTIAL

DATE
NGÀY

Section 1: Completed by Applicant and sent to Medical Provider

Mục 1: Được hoàn tất bởi Người Nộp Đơn và gửi đến Cơ Sở Y Tế

MEDICAL PROVIDER CƠ SỞ Y TẾ	PHONE NUMBER (AREA CODE) SỐ ĐIỆN THOẠI (MÃ VÙNG)	RETURN TO CA WORKER GỬI LẠI ĐẾN NHÂN VIÊN CA
ADDRESS ĐỊA CHỈ		
CITY THÀNH PHỐ	STATE TIỂU BANG	ZIP CODE MÃ VÙNG
NAME OF APPLICANT TÊN NGƯỜI NỘP ĐƠN		DATE OF BIRTH NGÀY SINH

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.

Do đó, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi tiết lộ thông tin bệnh sử của tôi bao gồm, nhưng không giới hạn, thông tin về các vấn đề tôi đã bắt đầu dưới đây. Thông tin này được yêu cầu là một phần của việc học tại nhà về chăm sóc nuôi dưỡng và/hoặc nghĩa dưỡng.

Việc tiết lộ thông tin này có giá trị một năm từ ngày ký tên của tôi. **LƯU Ý: Đừng quên bắt đầu mỗi dòng và ký tên.**

_____ bệnh thần kinh, _____ các vấn đề liên quan về rượu bia và ma túy, _____ lạm dụng tình dục và/hoặc thể xác, _____ bạo hành gia đình.

SIGNATURE OF APPLICANT
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

DATE
NGÀY

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

Mục 2: Được hoàn tất bởi Cơ Sở Y Tế và gửi lại cho Nhân Viên CA theo Địa Chỉ trên đây

DATE FIRST SEEN BY PROVIDER NGÀY XEM TRƯỚC TIÊN CỦA CƠ SỞ Y TẾ	DATE OF LAST PHYSICAL EXAMINATION NGÀY KHÁM SỨC KHỎE SAU CÙNG	
DATE AND RESULTS OF LAST TB TEST NGÀY VÀ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM TB SAU CÙNG	DATE OF LAST TDAP NGÀY TDAP SAU CÙNG	DATE OF LAST INFLUENZA VACCINE NGÀY CHỪNG NGỪA CÚM SAU CÙNG
SPECIALIST REFERRED TO BÁC SĨ CHUYÊN KHOA ĐƯỢC GIỚI THIỆU ĐẾN	ADDRESS OF SPECIALIST ĐỊA CHỈ CỦA BÁC SĨ CHUYÊN KHOA	
REASON FOR REFERRAL LÝ DO GIỚI THIỆU		

SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY INCLUDING CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES
BỆNH SỬ ĐÁNG KÊ TRƯỚC KIA BAO GỒM NHỮNG BỆNH MÃN TÍNH / BỆNH THƯỜNG XUYÊN

CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS
CHẨN ĐOÁN BỆNH HIỆN TẠI

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.
THUỐC ĐIỀU TRỊ HIỆN TẠI: XIN NÓI RÕ MỤC ĐÍCH CỦA THUỐC CHỮA BỆNH, PHẢN ỨNG PHỤ ĐƯỢC DỰ ĐOÁN VÀ CÁC QUAN NGẠI NẾU THUỐC CHỮA BỆNH KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG, VÀ CÁCH THỨC THUỐC ĐIỀU TRỊ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG HÀNG NGÀY.

PROGNOSIS
TIỀN LƯỢNG BỆNH

PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF CHILDREN.
XIN MÔ TẢ CÁCH THỨC MÀ BẤT KỲ TÌNH TRẠNG BỆNH ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC CHĂM SÓC TRẺ EM.

COMMENTS OR IMPRESSIONS
Ý KIẾN HOẶC ẤN TƯỢNG

MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE
CHỮ KÝ CỦA CƠ SỞ Y TẾ

DATE
NGÀY