|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LICENSING DIVISION (LD)  **Informe médico del solicitante**  **CONFIDENCIAL**  **Applicant Medical Report CONFIDENTIAL** | | | | | |
| **Section 1: Completed by Applicant**  **Sección 1: Contestada por el solicitante** | | | | | | |
| MEDICAL PROVIDER NAME  NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO | | | | | | |
| PHONE NUMBER  NÚMERO DE TELÉFONO | | | FAX NUMBER  NÚMERO DE FAX | | | |
| ADDRESS OR NAME AND LOCATION OF MEDICAL OFFICE/PRACTICE/CLINIC  DIRECCIÓN O NOMBRE Y UBICACIÓN DEL CONSULTORIO/CLINICA | | | | | | |
| NAME OF APPLICANT  NOMBRE DEL SOLICITANTE | | | | | 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 checked 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 the date of my signature.  **NOTE: Be sure to check each line and sign.**  mental health  sexual and/or physical abuse  alcohol and drug concerns  domestic violence  Por medio de la presente autorizo a mi proveedor de atención médica para divulgar la información de mi historia clínica, incluyendo entre otras cosas, información sobre los temas que he marcado más adelante. Se requiere esta información como parte de un estudio del hogar para cuidado de crianza o adopción.  Este permiso de divulgación de información tiene validez por un año a partir de la fecha de mi firma.  **NOTA: Recuerde marcar y firmar cada renglón.**  salud mental  abuso sexual y maltrato físico  problemas con el alcohol o las drogas  violencia doméstica | | | | | | |
| SIGNATURE OF APPLICANT  FIRMA DEL SOLICITANTE | | | | | | DATE  FECHA |
| **Section 2: Completed by LD/CPA Staff**  **Sección 2: Contestada por el personal de la LD/CPA** | | | | | | |
| LICENSOR NAME  NOMBRE DEL LICENCIADOR | | LICENSING DIVISION OFFICE MAILING ADDRESS AND FAX NUMBER  DIRECCIÓN POSTAL Y NÚMERO DE FAX DE LA OFICINA DE LA DIVISIÓN DE LICENCIAS | | | | |
| **Section 3: Completed by Medical Provider. Return to local Licensing Division office listed in Section 2.**  **Sección 3: Contestada por el proveedor médico. Entregar a la oficina local de la División de Licencias mencionada en la sección 2.** | | | | | | |
| DATE OF MOST RECENT PHYSICAL EXAMINATION (**MUST BE WITHIN 12 MONTHS OF APPLICATION**)  FECHA DEL EXAMEN FÍSICO MÁS RECIENTE (**DEBE HABERSE REALIZADO EN LOS 12 MESES PREVIOS A LA SOLICITUD**) | | | | DATE FIRST SEEN BY PROVIDER  FECHA EN QUE EL PROVEEDOR LO ATENDIÓ POR PRIMERA VEZ | | |

|  |
| --- |
| CHRONIC / FREQUENT MEDICAL ISSUES (INCLUDING SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY)  PROBLEMAS MÉDICOS CRÓNICOS O FRECUENTES (INCLUYEN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS SIGNIFICATIVOS) |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 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: EXPLIQUE EL PROPÓSITO DEL MEDICAMENTO, EFECTOS SECUNDARIOS PREVISTOS, Y POSIBLES PROBLEMAS SI NO TOMA EL MEDICAMENTO, Y CÓMO AFECTA SU FUNCIONAMIENTO COTIDIANO |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| PROGNOSIS  PRONÓSTICO |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| PLEASE DESCRIBE HOW ANY MEDICAL CONDITION AFFECTS THE CARE OF ADDITIONAL CHILDREN  DESCRIBA CÓMO EL TRASTORNO MÉDICO AFECTA EL CUIDADO DE NIÑOS ADICIONALES |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| COMMENTS/ IMPRESSIONS: IS THE APPLICANT CAPABLE OF CARING FOR AN ADDITIONAL CHILD OR CHILDREN?  COMENTARIOS O IMPRESIONES: ¿EL SOLICITANTE ES CAPAZ DE CUIDAR A UNO O MÁS NIÑOS ADICIONALES? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| SPECIALIST REFERRED TO (IF APPLICABLE)  ESPECIALISTA AL QUE SE DERIVÓ (SI CORRESPONDE) |
| FAX NUMBER OF SPECIALIST (IF APPLICABLE)  NÚMERO DE FAX DEL ESPECIALISTA (SI CORRESPONDE) |

|  |
| --- |
| REASON FOR REFERRAL (IF APPLICABLE)  MOTIVO DE LA DERIVACIÓN (SI CORRESPONDE) |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDICAL PROVIDER SIGNATURE**  **FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO** | | |
| MEDICAL PROVIDER NAME  NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO | SIGNATURE  FIRMA | DATE  FECHA |