



تفويض بنشر معلومات سرية

أصرح بموجب هذا

التفويض

بالحصول على المعلومات المطلوبة أدناه فيما يتعلق بطفلي القاصر حسب ما تتطلبه سياسات الإدارة لمقدمي طلبات الوصاية / الحضانة لدى محكمة الإرث والوصايا وطفلهم.

اسم الطفل:

توقيع مقدم الطلب:

التاريخ:

العنوان: (الرقم والشارع)

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

اسم مقدم الطلب / أو الطفل:

تاريخ الميلاد:

تاريخ آخر فحص:

الوزن:

الطول:

العينان:

السمع:

ضغط الدم:

القلب:

التاريخ:

الرننتان:

العضلي-عصبي:

الأشعة السينية على الصدر:

التاريخ:

النتائج

أمصال الدم:

التاريخ:

النتائج

تحليل البول:

التاريخ:

النتائج

منذ متى وأنت تعرف مقدم الطلب (أو الطفل)؟:

هل كان لدى مقدم الطلب (أو الطفل) أي حالات طبية أو عائلية أو نفسية أو مزمنة خطيرة؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى التوضيح:

هل كان لمقدم الطلب (أو الطفل) أي سجلات بارزة لوقائع حجز بالمستشفى؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى التوضيح:

يُرجى تسجيل انطباعاتك عن الحالة الصحية، من الناحية الجسدية والعاطفية، لمقدم الطلب (أو الطفل)؛ وتوقعات الحالة الصحية لاستمرار الرفاه وحسن المعيشة

هل تعتبر الحالة الجسدية والعاطفية لمقدم الطلب مُرضية بشكل كافٍ لتوفير رعاية حاضنة للطفل أو لتبنيه؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "لا"، فيرجى التوضيح:

هل مقدم الطلب (أو الطفل) معافى من أي أمراض مُعدية؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "لا"، فيرجى التوضيح:

اسم الطبيب

توقيع الطبيب

العنوان:

المدينة/الولاية/الرمز البريدي

الهاتف:

التاريخ:

ملاحظة: يجب إرسال هذا التقرير عبر البريد العادي مباشرة من قبل الطبيب الفاحص إلى مكتب إدارة شؤون الأطفال والأسر المذكور أدناه

Attention:

DCF Office and Address:

Date: