



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por el presente autorizo a _____, Médico, a divulgar al Departamento de Niños y Familias la información que se solicita a continuación con respecto a mi hijo menor de edad o a mi persona de acuerdo con los requerimientos de los Reglamentos del Departamento para Servicios Voluntarios/solicitantes Testamentarios y su(s) hijo(s).

Nombre del Solicitante o del Menor:

Firma del Solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

Dirección: (N.º y calle)	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------	--------	--------	---------------

Nombre del Solicitante o del Menor:	Fecha de nacimiento:	Fecha del Último Examen:
-------------------------------------	----------------------	--------------------------

Peso:	Altura:	Ojos:	Audición:	Presión arterial:
-------	---------	-------	-----------	-------------------

Corazón:	Fecha:	Pulmones:	Neuromuscular:
----------	--------	-----------	----------------

Radiografía de Tórax:	Fecha:	Resultados
-----------------------	--------	------------

Pruebas serológicas en sangre:	Fecha:	Resultados
--------------------------------	--------	------------

Análisis de orina:	Fecha:	Resultados
--------------------	--------	------------

¿Hace cuánto tiempo conoce al solicitante (o al Menor)?

¿El solicitante (o el menor) ha tenido algún problema de salud, hereditario o psiquiátrico crónico o activo significativo?
 Sí No. Si la respuesta es "Sí", explique:

¿El solicitante (o el menor) ha tenido alguna admisión hospitalaria significativa?
 Sí No. Si la respuesta es "Sí", explique:

Indique cuál es su impresión sobre el estado de salud del solicitante (o del menor), tanto físico como emocional, y cuál es su pronóstico sobre la continuidad de su bienestar:

¿Considera que la condición física y emocional del solicitante es satisfactoria para cuidar a un menor?
 Sí No. Si la respuesta es "No", explique:

¿El solicitante (o el menor) está libre de enfermedades contagiosas?
 Sí No. Si la respuesta es "No", explique:

Nombre del Médico	Firma del Médico
-------------------	------------------

Dirección:	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono:	Fecha:
------------	--------	--------	---------------	-----------	--------

NOTA: El médico examinador debe enviar este informe por correo a la oficina del Departamento de Niños y Familias que se indica a continuación:

Attention:	Date:
DCF Office and Address:	Date: