Sở Trẻ Em và Gia Đình
BÁO CÁO CỦA BÁC SĨ VỀ DỊCH VỤ TỰ NGUYỆN / NGƯỜI NỘP ĐƠN CHỨNG THỰC
DCF-Probate-357
3/16 (Sửa đổi)

QUYỀN CUNG CẤP THÔNG TIN MẬT

Tôi cho phép _____ MD., được cung cấp thông tin yêu cầu dưới đây cho Sở Trẻ Em và Gia Đình liên quan đến chính tôi hoặc đứa con chưa thành niên của tôi theo yêu cầu Quy định của Sở về Dịch Vụ Tự Nguyện / Người nộp đơn chứng thực và con của họ.

Tên Đương đơn hoặc Đứa trẻ:				
Chữ ký của Đương đơn:			Ngày:	
Địa chỉ: (Số và Đường):	Thành phố:		Tiểu Bang:	Zip

Người nộp đơn/hoặc Tên Đứa trẻ:			Ngày sinh:	Ngày Kiểm tra gần nhất:
Cân nặng:	Chiều cao:	Mắt:	Thính lực:	Huyết áp:
Tim:		Ngày:	Phổi:	Thần kinh cơ:
X-Quang Ngực:		Ngày:	Kết quả	
Huyết thanh học:		Ngày:	Kết quả	
Xét nghiệm nước tiểu:		Ngày:	Kết quả	

Quý vị biết người nộp đơn (hoặc Trẻ) được bao lâu?:

Người nộp đơn (hoặc Đứa trẻ) có bất kỳ tình trạng y tế, gia đình hoặc tâm thần nghiêm trọng hoặc mãn tính nào không?
☐ Có ☐ Không. Nếu "Có", vui lòng ghi ra:

Người nộp đơn (hoặc Đứa trẻ) có nhập viện đến mức quan trọng chưa?
☐ Có ☐ Không. Nếu "Có", vui lòng ghi ra:

Vui lòng cho biết ấn tượng của quý vị về tình trạng sức khỏe của người nộp đơn (hoặc Đứa trẻ), cả về thể chất và tình cảm; tiên lượng chung cho sự khỏe mạnh liên tục:

Quý vị có xem xét tình trạng thể chất và cảm xúc của người nộp đơn đủ điều kiện để chăm sóc hoặc nhận nuôi đứa trẻ không?
☐ Có ☐ Không. Nếu "Không", vui lòng ghi ra:

Người nộp đơn (hoặc Đứa trẻ) không bị bệnh truyền nhiễm?
☐ Có ☐ Không. Nếu "Không", vui lòng ghi ra:

Tên Bác sĩ		Chữ ký của Bác sĩ		
Địa chỉ:	Thành phố	Tiểu Bang Zip	Điện thoại:	Ngày:

LƯU Ý: *Báo cáo này phải được bác sĩ kiểm tra gửi trực tiếp đến văn phòng Sở Trẻ Em và Gia Đình được liệt kê dưới đây:*

Attention:	
DCF Office and Address:	Date: