

**AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS**

J'autorise par la présente _____ MD, à divulguer au Department of Children and Families (DCF) les renseignements demandés ci-dessous concernant mon enfant mineur, tel que l'exigent les politiques du Service pour les tuteurs/gardiens désignés par le tribunal successoral et leur enfant.

Nom du candidat ou de l'enfant :

Signature du candidat :

Date :

Adresse : (Numéro et rue) :

Ville

État

Code postal

Nom du candidat ou de l'enfant :

Date de naissance :

Date du dernier examen :

Poids :

Taille :

Yeux :

Ouïe :

Pression sanguine :

Coeur :

Date :

Poumons :

Neuromusculaire :

Radiographie de la poitrine :

Date :

Résultats

Sérologie :

Date :

Résultats

Analyse d'urine :

Date :

Résultats

Depuis combien de temps connaissez-vous

le candidat (ou l'enfant) ? :

Le candidat (ou l'enfant) souffre-t-il d'importants problèmes familiaux, psychiatriques ou médicaux chroniques ou actifs ?

Oui Non Si vous avez choisi « Oui », veuillez expliquer :

Le candidat (ou l'enfant) a-t-il déjà été hospitalisé pour des raisons graves ?

Oui Non Si vous avez choisi « Oui », veuillez expliquer :

Veuillez donner vos impressions sur l'état de santé du candidat (ou de l'enfant), physique et émotionnel, ainsi qu'un pronostic général sur son bien-être continu.

Considérez-vous que l'état de santé physique et émotionnel du candidat est suffisant à ce que ce dernier puisse s'occuper d'un enfant ?

Oui Non Si vous avez choisi « Non », veuillez expliquer :

Pouvez-vous confirmer que le candidat (ou l'enfant) ne souffre d'aucune maladie transmissible ?

Oui Non Si vous avez choisi « Non », veuillez expliquer :

Nom du médecin

Signature du médecin

Adresse :

Ville

État

Code postal

Téléphone :

Date :

REMARQUE : Ce rapport devrait être directement envoyé par le médecin ayant effectué l'examen au Department of Children and Families indiqué ci-dessous :

Attention :

DCF Office and Address :

Date :