



تفويض بنشر معلومات سرية

أصرح بموجب هذا التفويض

عن المعلومات المطلوبة أدناه بشأن طفلي القاصر حسب متطلبات لوائح الإدارة المتعلقة بمقدمي طلبات الوصاية / الخدمات التطوعية وأطفالهم.

اسم مقدم الطلب أو الطفل:

توقيع مقدم الطلب:

العنوان: (الرقم والشارع)

المدينة

التاريخ:

الولاية

الرمز البريدي

اسم مقدم الطلب / أو الطفل:

تاريخ الميلاد:

تاريخ آخر فحص:

الوزن:

الطول:

العينان:

السمع:

ضغط الدم:

القلب:

التاريخ:

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 مرضية بشكل كافٍ لتوفير رعاية حاضنة للطفل؟:

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:

توقيع الطبيب

اسم الطبيب

العنوان: المدينة/الولاية/الرمز البريدي

الهاتف:

التاريخ:

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

Attention:

DCF Office and Address:

Date: