



<b>QUYỀN CUNG CẤP THÔNG TIN MẬT</b>				
Tôi cho phép _____ được cung cấp thông tin yêu cầu dưới đây cho Sở Trẻ Em và Gia Đình liên quan đến đứa con chưa thành niên của tôi theo yêu cầu chính sách của Sở dành cho người nộp đơn làm Giám hộ tại Tòa Chứng thực và con của họ.				
Tên 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 Đứa 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không. Nếu "Có", vui lòng ghi ra:				
Người nộp đơn (hoặc Đứa trẻ) có nhập viện đến mức quan trọng chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 tinh 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không. Nếu "Không", vui lòng ghi ra:				
Người nộp đơn (hoặc đứa trẻ) không bị bệnh truyền nhiễm? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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:
<b>LƯU Ý:</b> 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: