

اسم مقدم الطلب:
اسم الوكالة:ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة**التقرير الطبي لمقدم طلب التبني (الجزء الأول)**
التبني فقط**التعليمات:**

مقدم الطلب: ينقسم هذا النموذج إلى ثلاثة أقسام. **القسم 1** يستكملة مقدم الطلب. **القسم 2** تستكملة الوكالة. **القسم 3** يستكملة طبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة أو ممارس رعاية صحية مؤهل ومرخص آخر، لمقدم الطلب.

مسؤول التسكين/موظف الوكالة: أكمل **القسم 2** قبل تقديم النموذج إلى مقدم الطلب. قدم نموذجًا واحدًا لكل مقدم طلب.

القسم 1: معلومات عن مقدم الطلب		
اسم مقدم الطلب:		
الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد:	رقم الهاتف:
/ /	/ /	() -
عنوان مقدم الطلب:		
أطلب بموجب هذه الوثيقة وأصرح لطبيبي بالإفصاح عن المعلومات التالية للوكالة المذكورة أدناه.		
توقيع مقدم الطلب		
X		
التاريخ: / /		
قام مقدم الطلب المذكور اسمه أعلاه بالتقدم بطلب لتبني طفل. وفقًا للوائح ولاية نيويورك، يتعين على الوكالة الحصول على تقرير طبي يخص الصحة العامة لأفراد الأسرة. ويجب أن يُظهر هذا التقرير أن كل فرد من أفراد الأسرة خالٍ من الأمراض المعدية أو عدوى أو مرض أو أي حالة (حالات) جسدية أو عقلية قد تؤثر على تقديم الرعاية المناسبة لطفل متبني. ويجب أن يغطي هذا التقرير إجراء الفحص البدني لمقدم الطلب في فترة زمنية لا تزيد عن عام واحد قبل تاريخ تقديم الطلب إلى الوكالة للحصول على الموافقة.		

القسم 2: معلومات الوكالة	
اسم الوكالة:	
عنوان الوكالة:	
جهة الاتصال الخاصة بالوكالة: (اسم ورقم هاتف مسؤول التسكين/موظف الوكالة)	

القسم 3: يُستكمل بواسطة طبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة أو ممارس رعاية صحية مؤهل ومرخص آخر لكل مقدم طلب.	
يُرجى الإجابة عن كل مما يلي على قدر علمك:	
هل هناك أي اضطرابات أو حالات مزمنة أو خطيرة تلقى أو يتلقى بسببها هذا الفرد علاجًا؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل يتناول هذا الفرد أدوية حاليًا؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل سبق لك أن قمت بإحالة هذا الفرد إلى خدمات أخرى طبية أو صحية عقلية أو لعلاج سوء استخدام الكحوليات/العقاقير؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
يُرجى تقديم تفسير لأي إجابة بـ"نعم".	

مراجعة الصحة العامة لمقدم الطلب			
تاريخ إجراء الفحص البدني:	الطول:	الوزن:	ضغط الدم:
/ /	:	رطل	/
البصر:	السمع:	الوظائف الرئوية:	الغدد الصماء:
القلب والأوعية الدموية:	الحالة العضلية/الهيكليّة:	المعدة والأمعاء:	الجهاز العصبي:
الجلد:			

اسم مقدم الطلب:
اسم الوكالة:

هل يعاني الفرد من أي مرضٍ معدٍ أو عدوى أو مرض أو أي حالة جسدية أو عقلية قد تؤثر على تقديم الرعاية المناسبة للأطفال؟ نعم لا
يُرجى التفسير:

هل وجود أي إصابة محددة يشكل خطرًا على صحة وسلامة الأطفال؟ نعم لا
يُرجى التفسير:

النتائج

على أساس النتائج التي توصلت إليها، كما هو موضح أعلاه، وحسب معرفتي بالفرد، أرى أن الفرد المذكور أعلاه: في ليس في حالة جسدية تجعل من المتوقع بشكل معقول أن يعيش حتى بلوغ الطفل لسن الرشد وأن يتمتع بالطاقة والقدرات الأخرى اللازمة للوفاء بالمسؤوليات الأبوية. إذا كانت الإجابة "ليس في":
يُرجى التفسير:

توقيع مقدم الرعاية الطبية:

X

رقم الهاتف:

- ()

تاريخ التوقيع:

/ /

عنوان مقدم الرعاية الطبية:

ختم الطبيب:

ينبغي لمقدم الرعاية الطبية إعادة إرسال التقرير المكتمل إلى جهة الاتصال الخاصة بالوكالة المدرجة في القسم 2.

اسم مقدم الطلب:
اسم الوكالة:ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة
التقرير الطبي لأفراد الأسرة (الجزء الثاني)
التبني فقط**التعليمات:**

مقدم (مقدم) الطلب: ينقسم هذا النموذج إلى ثلاثة أقسام. **القسم 1** يُستكمل بواسطة مقدم الطلب إذا كان عمر فرد الأسرة أقل من 18 عامًا، أو بواسطة فرد الأسرة إذا كان عمره 18 عامًا فأكثر. **القسم 2** تستكملة الوكالة. **القسم 3** يُستكمل بواسطة طبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة أو ممارس رعاية صحية مؤهل ومرخص آخر لكل فرد في الأسرة.

مسؤول التسكين/موظف الوكالة: أكمل **القسم 2** قبل تقديم النموذج إلى مقدم (مقدمي) الطلب. قدم نموذجًا واحدًا لكل مقدم طلب.

القسم 1: معلومات حول فرد الأسرة		
الاسم الأخير، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط:	تاريخ الميلاد:	رقم الهاتف:
() -	/ /	() -
يقيم الفرد المذكور اسمه أعلاه في منزل الفرد (الأفراد) الذي يسعى إلى تبني طفل. وفقًا للوائح ولاية نيويورك، يتعين على الوكالة الحصول على تقرير طبي يخص الصحة العامة لأفراد الأسرة. ويجب أن يُظهر هذا التقرير أن كل فرد من أفراد الأسرة خالٍ من الأمراض المعدية أو عدوى أو مرض أو أي حالة (حالات) جسدية أو عقلية قد تؤثر على تقديم الرعاية المناسبة لطفل متبنى. ويجب أن يغطي هذا التقرير إجراء فحص بدني لفرد الأسرة في فترة لا تزيد عن عام واحد قبل تقديم الطلب إلى الوكالة للحصول على الموافقة.		
اسم مقدم (مقدمي) الطلب:	العلاقة بمقدم (مقدمي) الطلب:	
عنوان مقدم (مقدمي) الطلب:		
أطلب بموجب هذه الوثيقة وأصرح لطبيبي بالإفصاح عن المعلومات التالية للوكالة المذكورة أدناه.		
توقيع فرد الأسرة أو الوالد/الوصي إذا كان عمر أفراد الأسرة أقل من 18 عامًا:		
X		
التاريخ:	/ /	

القسم 2: معلومات الوكالة
اسم الوكالة:
عنوان الوكالة:
جهة الاتصال الخاصة بالوكالة: (اسم ورقم هاتف مسؤول التسكين/موظف الوكالة)

القسم 3: يُستكمل بواسطة طبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة أو ممارس رعاية صحية مؤهل ومرخص آخر لكل فرد من أفراد أسرة مقدم الطلب	
يُرَجَى الإجابة عن كل مما يلي على قدر علمك:	
هل هناك أي اضطرابات أو حالات مزمنة أو خطيرة تلتقى أو يتلقى بسببها هذا الفرد علاجًا؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل يتناول هذا الفرد أدوية حاليًا؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل سبق لك أن قمت بإحالة هذا الفرد إلى خدمات أخرى طبية أو صحية عقلية أو لعلاج سوء استخدام الكحوليات/العقاقير؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل يعاني الفرد من أي مرضٍ معدٍ أو عدوى أو مرض أو أي حالة جسدية أو عقلية قد تؤثر على تقديم الرعاية المناسبة للأطفال؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل وجود أي إصابة محددة يشكل خطرًا على صحة وسلامة الأطفال؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
يُرَجَى تقديم تفسير لأي إجابة بـ"نعم".	
هل يتمتع الفرد المذكور اسمه أعلاه بصحة جسدية وعقلية جيدة وهل هو خالٍ من الأمراض المعدية أو عدوى أو مرض؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
يُرَجَى تقديم تفسير لأي إجابة بـ"لا".	

توقيع مقدم الرعاية الطبية:	رقم الهاتف:	تاريخ التوقيع:
X	() -	/ /
عنوان مقدم الرعاية الطبية:		
ختم الطبيب:		
ينبغي لمقدم الرعاية الطبية إعادة إرسال التقرير المكتمل إلى جهة الاتصال الخاصة بالوكالة المدرجة في القسم 2.		